BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

Paris — Société d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. HORTELOUP
Secrétaire général

ET

MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ET GILLETTE
Secrétaires annuels.



TOME X. — 1884.

2+

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
1884

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1883

Président......................	MM. MARC SÉE
Vice-président..................	S. DUPLAY.
Secrétaire général..............	HORTELOUP.
Secrétaires annuels.............	LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et GILLETTE.
Trésorier.......................	BERGER.
Archiviste......................	TERRIER.

MEMBRES HONORAIRES.

MM.

3 novembre 1875.	— Blot, titulaire de	1861
1er avril 1874....	— Boinet	1850
27 février 1867...	— Bouley (H.).	
23 janvier 1861...	— Deguise, titulaire de	1844
29 mars 1882.....	— Dubreuil	1872
19 octobre 1881...	— Forget (A.)	1849
5 juillet 1882....	— Giraud-Teulon	1869
1er avril 1863.....	— Gosselin	1855
15 mars 1876.....	— Guérin (Alphonse)	1853
22 novembre 1882.	— Guyon (Félix)	1863
20 décembre 1867.	— Larrey (baron)	1849
9 mai 1877.......	— Le Fort (Léon)	1865
6 mars 1872......	— Legouest	1859
28 mars 1860.....	— Maisonneuve. — M. fondateur	1843
9 mars 1881.....	— Marjolin. — M. fondateur	1843
25 janvier 1860...	— Monod. — M. fondateur	1843
19 mai 1880......	— Perrin (Maurice). Titulaire de	1865
26 mai 1880......	— Panas	1865
9 juillet 1879....	— Paulet	1868
4 décembre 1867.	— Richet	1852
27 mars 1850......	— Ricord	1844
5 janvier 1880...	— Simonin, de Nancy.	
19 décembre 1883.	— Tarnier	1865

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

René Duval, fondateur d'un prix annuel de 100 francs.

Édouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — baron Larrey, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION.

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.

MM.

1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.

MM. Colson, à Noyon.
Combalat, professeur à l'École de Marseille
Courty, professeur à la Faculté de Montpellier.
Cras, professeur à l'École navale de Brest.
Dauvé, médecin principal de l'armée.
Davat, d'Aix-les-Bains.
Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Decès (J.-B.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.
Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes.
Delore, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Demons, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.
Denucé, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Desgranges, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École de médecine d'Angers.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Dieu, médecin pricipal.
Duboué, chirurgien à Pau.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duménil, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Ehrmann, à Mulhouse.
Faucon, à Lille.
Fleury, professeur à l'école de Clermont.
Follet, professeur à la Faculté de Lille.
Gaujot, professeur au Val-de-Grâce.
Gayet, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Herrgott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Heurtaux, professeur adjoint à l'École de médecine de Nantes.
Hue (Judes), à Rouen.
Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lannelongue, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Larger, Maisons-Laffitte.
Letiévant, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Lizé, chirurgien de la Maternité du Mans.
Martel, Chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
Mascarel, à Châtellerault (Vienne).
Maunoury, chirurgien honoraire de l'hôpital de Chartres.
Maunoury (Gabriel), chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Mollière (Daniel), chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, chirurgien au Mans.
Mourlon, médecin-major de l'armée.

MM. Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ollier, professeur à la Faculté de Lyon.
Orè, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Parise, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence.
Pilate, chirurgien adjoint de l'hôpital d'Orléans.
Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Poinsot, Bordeaux.
Poncet, médecin-major de l'armée.
Pravaz, à Lyon.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Raimbert, à Châteaudun.
Rochard, inspecteur général de la marine à Paris.
Ribell, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
Roux, de Marilles.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Sarazin, médecin-major de l'armée.
Silbert, à Aix.
Stolz, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tholozan, médecin principal de l'armée (Perse).
Thomas (Louis), à Tours.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-Français.
Védrenes, médecin principal de 1re classe de l'armée.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Vibert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy.

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

16 février 1876.... — Anger (Théophile).
12 juin 1878...... — Berger.
4 janvier 1882 ... — Chauvel.
15 avril 1868...... — Cruveilhier.
3 janvier 1877 ... — Delens.
19 janvier 1853... — Desormeaux.
25 octobre 1865... — Desprès.
24 juin 1868...... — Duplay.
24 octobre 1877... — Farabeuf.
31 mai 1876 ...... — Gillette.
12 février 1868.... — Guéniot.
8 juin 1870...... — Horteloup.
21 juin 1865...... — Labbé (Léon).
12 juin 1872...... — Lannelongue.
9 juillet 1873 .... — Le Dentu.
30 juin 1875...... — Lucas-Championnière.
11 décembre 1872. — Magitot.
3 mai 1882....... — Marchand.
7 juillet 1880 .... — Monod (Ch.).
18 février 1880.... — Nepveu
1 avril 1874 ..... — Nicaise.
14 avril 1875 ..... — Perier.
2 avril 1873..... — Polaillon.
27 avril 1881 ..... — Pozzi.
18 avril 1865...... — Reclus.
6 décembre 1882. — Richelot.
27 février 1867.... — de Saint-Germain.
13 mai 1868 ...... — Sée (Marc).
15 juillet 1874 .... — Terrier.
22 octobre 1879... — Terrillon.
31 janvier 1866... — Tillaux.
5 juin 1861...... — Trélat.
22 décembre 1852. — Verneuil.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Ancelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.
Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Azéma, à l'île de la Réunion.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, de Nice.
Beau, à Brest.
Benoit, professeur à la Faculté de Montpellier.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine.
Boeckel (Jules), à Strasbourg.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Cazin, à Boulogne.
Cauvy, à Béziers.
Champenois, médecin principal de l'armée.
Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
Chipault, à Orléans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

MM.

10 janvier 1877..... — ALBERT, Vienne.
10 janvier 1877..... — AMABILE, Naples.
11 janvier 1882..... — ANNANDALE, Édimbourg.
8 janvier 1868..... — BARBOSA, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — BARDELEBEN, Berlin.
26 novembre 1845.. — BASSOW, Moscou.
31 décembre 1862.. — BACK, Fribourg-en-Brisgau.
8 janvier 1879..... — BIGELOW, Boston.
31 octobre 1851.... — BIRKETT, Londres.
3 janvier 1865..... — BILLROTH (TH.), Vienne.
6 juillet 1859...... — BLASIUS, Halle.
17 septembre 1851. — BORELLI, Turin.
10 janvier 1877..... — BRYANT, Londres.
3 janvier 1865..... — BROWN-SEQUARD.
13 janvier 1869.... — BROODHURST, Londres.
13 janvier 1864.... — BRUNS (Victor), Tübingen.
mars 1867....... — BUREN (VAN), New-York.
22 décembre 1852.. — BURGRŒVE, Gand.
31 décembre 1861... — COOTE (Holmes), Londres.
31 décembre 1862.. — CORNAZ, Neufchâtel.
6 juillet 1859...... — CREDE, Leipzig.
3 juin 1857....... — CROCQ, Bruxelles.
3 janvier 1865.... — EMMERT (F.-G.), Berne.
8 janvier 1862..... — ESMARCH, Kiel.
6 juillet 1859..... — FABRI, Ravenne.
9 octobre 1853.... — FLEMING, Dublin.
6 juillet 1859..... — FRIEDBERG (H.), Berlin.
9 janvier 1879..... — GALLI, Lucques.
13 janvier 1864.... — GAMGEE (Samson), Birmingham.
13 janvier 1869.... — GAUTIER, Genève.
13 janvier 1864.... — GHERINI, Milan.

9 janvier 1879.... — GRITTI, Milan.
3 janvier 1865.... — GURTL (E.), Berlin.
29 août 1855....... — HAMMER, Saint-Louis (Missouri).
26 décembre 1855.. — HANNOVER, Copenhague.
15 septembre 1852. — HEWETT (Prescott), Londres.
30 octobre 1854.... — HEYFELDER (fils), Saint-Pétersbourg.
3 janvier 1865..... — HOLMES, Londres.
2 janvier 1865.... — HUMPHRY (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
16 janvier 1884..... — JULLIARD, Genève.
13 janvier 1869.... — KRASSOWSKI, Saint-Pétersbourg.
6 juillet 1859...... — LARGHI, Bologne.
16 janvier 1884..... — LUCAS (Clément), Londres.
6 juillet 1859...... — MAC-LEOD, Glascow.
22 octobre 1856.... — MAYOR (fils), Genève.
8 janvier 1868..... — MAZZONI, Rome.
13 janvier 1864.... — MELCHIORI (Giovanni), Milan.
3 janvier 1883..... — MOSETIG-MOORHOF, Vienne.
3 janvier 1865.... — NEUDÖRFER, Prague.
8 janvier 1868.... — PEMBERTON, Birmingham.
8 janvier 1862.... — PIACHAUD, Genève.
4 octobre 1848.... — PITHA, Prague.
6 juillet 1859...... — RIED, Iéna.
9 janvier 1878.... — REVERDIN, Genève.
7 janvier 1880.... — ROSE, Zurich.
11 août 1875....... — ROUGE, Lausanne.
7 janvier 1880.... — SABOIA, Rio-Janeiro.
2 janvier 1856.... — SAND-COX, Birmingham.
3 janvier 1883..... — SANDS, New-York.
31 décembre 1862.. — SANGALLI, Pavie.
10 janvier 1877..... — SAXTORPH, Copenhague.
31 décembre 1862.. — SIMON (Gust.), Rostock.
mars 1867....... — SIMON (John), Londres.
3 janvier 1865.... — STEPHEN-SMITH, New-York.
31 décembre 1862.. — SPERINO (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — TESTA, Naples.
6 juillet 1869...... — THOMPSON (Henry), Londres.
7 janvier 1880.... — TILANUS, Amsterdam.
11 janvier 1882..... — ZANCAROL, Alexandrie (Égypte).

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

MM.

6 janvier 1864..... — ADAMS-ROBERT, Dublin.
11 janvier 1882..... — ARLT, Vienne.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
16 janvier 1884..... — CORRADI, Milan.
7 janvier 1880.... — DEROUBAIX, Liège.
5 janvier 1870 .... — DONDERS, Utrecht.
5 janvier 1870 .... — HELMHOLTZ.
30 juillet 1856 ..... — LANGENBECK, Berlin.
7 janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — MICHAUX, Louvain.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
30 juillet 1856...... — PORTA, Pavie.
11 août 1875....... — RIZZOLI, Bologne.
16 janvier 1884..... — SOUPART, Gand.
6 juillet 1859 ..... — SCANZONI, Wurzbourg.
3 janvier 1866..... — VANZETTI, Padoue.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Art dentaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Bulletin et mémoires de la Société de thérapeutique. — Bulletin général de thérapeutique. — Courrier médical. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Gazette d'ophthalmologie. — Journal de médecine de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Journal de thérapeutique. — Médecine contemporaine. — Moniteur thérapeutique. — Le Patricien. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue militaire de médecine et de chirurgie. — Revue des sciences médicales. — Revue scientifique de la France et de l'Etranger. — Semaine médicale. —Thérapeutique contemporaine. — Tribune médicale. — Union médicale. — Union pharmaceutique.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse.— Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. —Mémoires de la Société de médecine de Nancy.—Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Montpellier médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Revue médicale et pharmaceutique du Midi. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annales de l'Association Larrey (Mexico). — Annals of Anatomy and Surgery (Brooklyn). — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the national board of Health (Washington). — British medical Journal (Londres). — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela

de medicina (Mexico). — Comptes rendus de la Société de chirurgie de Moscou. — Gaceta de Sanitad milita (Madrid). — Gazetta medica italiana lombardia (Milan).—Giornale internazionale delle scienze mediche (Naples). — L'Indipendente (Turin). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres).—Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : LE PRIX DUVAL, LE PRIX LABORIE, LE PRIX GERDY et LE PRIX DEMARQUAY ; *les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. »

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1882 jusqu'au 1er novembre de l'année 1883 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1883.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par madame veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires, toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que, d'ailleurs, les compétiteurs devraient se soumettre aux règles déjà adoptées pour le prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que *les membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie et Gerdy.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

NOUVELLE SÉRIE.

Séance du 2 janvier 1884.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie*;

2° Deux exemplaires de la thèse de M. Dourdhin pour le prix Duval; — *De la coxalgie cotyloïdienne et des lésions de la cavité cotyloïde dans la coxalgie;*

3° M. Folet, professeur à la Faculté de Lille, adresse une observation de *phlegmon sous-ombilical.* (Renvoi à une commission composée de MM. Richelot, Polaillon, Reclus.)

M. Bouilly, adresse une lettre pour demander à être inscrit sur la liste des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

A l'occasion du procès-verbal.

A propos du genu valgum et de l'ostéoclasie.

M. DE SAINT-GERMAIN. Messieurs, avant d'évoquer de nouveau la question des moyens de redressement dans les déviations du membre inférieur, qui a occupé vos séances des 12 et 19 décembre, à la suite des présentations faites par MM. Polaillon et Gillette, j'aurais peut-être à m'excuser de venir rouvrir une discussion close, si, dans les sujets qui nous occupent, une discussion close pouvait jamais être considérée comme terminée.

Devant la *Société de chirurgie* la parole est acquise en principe aux faits nouveaux ou au moins nouvellement observés. J'apporte quelques-uns de ces derniers et je vous demande la permission de vous en entretenir.

Dissipons d'abord quelques confusions de langage. La question du redressement dans le genu valgum est d'une très grande complexité : elle embrasse les déviations rachitiques du membre inférieur chez les enfants (*genu valgum rachiticum infantium*) que Hueter oppose au *genu valgum staticum adolescentium*, quoique les adolescents comme les sujets même de l'âge avancé, soient affectés souvent aussi do déviations consécutives au rachitisme de leur premier âge ou même à un rachitisme actuel, qu'il a plu à la nosologie d'écarter de la question, en créant, pour les adultes, l'ostéomalacie, inventée par Velpeau.

Les procédés de redressement, applicables au genu valgum, semblent, en outre, avoir à répondre de leur efficacité, à l'égard des déviations dues à des causes entièrement dissemblables, comme les ankyloses articulaires des tumeurs blanches, les cals vicieux et même le genu valgum paralytique, comme celui que notre collègue, M. Després, nous a montré, à l'appui de son dire que le genu valgum était, dans quelques cas, entièrement curable par l'électricité.

Que dire de cette appellation de *genu valgum*, sous laquelle des déviations d'origine et de siège si divers viennent se confondre heureuses encore d'être débarrassées de théories et de questions, plutôt éteintes que résolues, remontant à l'époque où la ténotomie régnait sur la chirurgie comme l'antisepsie y règne à présent, théories et questions relatives à l'origine ligamenteuse musculaire ou osseuse du genu valgum.

Si nous passons au traitement, les mots ordinairement usités : *redressement graduel, lent ; redressement brusque, forcé*, nous invitent aussi à la confusion. Pour moi, il n'y a pas de redresse-

ment qui ne soit forcé, c'est-à-dire qui ne demande une certaine dépense de force ; il n'y en a pas un qui ait le droit d'être brusque et de s'en vanter ; il n'y en a pas un qui ne soit graduel, fut-il accompli en une séance et au prix d'une fracture ; il n'y en a pas un qu'on doive se résigner à pratiquer lentement, si l'on peut y arriver autrement. Telle est la règle de ma conduite. Si l'os plie, (tout à l'heure je dirai comment et quand il plie), je le redresse par des pressions manuelles. S'il résiste à des pressions vigoureuses, je réitère ces pressions, en les rendant plus énergiques et en les combinant avec un porte à faux et je le romps. S'il m'est impossible de le rompre, j'ai recours à l'ostéotomie que notre collègue, M. Lucas-Championnière, a eu raison de vous présenter comme une opération dépendant singulièrement de la façon dont elle est faite. Dans aucun cas je n'ai recours aux machines, aux ostéoclastes, comme celui de Collin à Paris, de Robin à Lyon. Je ne m'en sers pas parce que mes mains me suffisent ; parce que ces mains, tout en me servant, me renseignent et me guident, au lieu de me dévoyer ; parce que, mêmes armées de l'ostéotome, du ciseau et du maillet, elles sont les organes de mon tact, de ma volonté et de mon jugement, Ces moyens m'ont suffi pour les enfants. Tout est là pour moi. Je ne parlerai donc que de l'enfance et des opérations qui lui sont propres, laissant à mes collègues, chargés des hôpitaux d'adultes, le soin de s'entendre au sujet des opérations qui regardent ces derniers.

Etant donné le point de vue exclusif de l'enfance, il en résulte que je vise surtout les déviations rachitiques du membre inférieur si communes à cet âge (genu valgum proprement dit ; courbures tibiales antérieures, antéro externes, antéro-internes). Je me réserve par rapport à l'extension qui pourrait être faite de mes conclusions au redressement du cal vicieux ou de l'ankylose articulaire chez les enfants, question à part selon moi, dans laquelle il faut tenir grand compte de l'influence des diathèses et sur laquelle je ne me sens pas entièrement prêt à me prononcer.

Un mot d'abord sur la fréquence des déviations rachitiques dans l'enfance. Elles sont relativement fréquentes à la consultation de l'hôpital ou à la consultation du bureau central et rares dans la clientèle de ville.

J'ai constaté, sur le registre spécial tenu à cet effet à la consultation orthopédique du bureau central, que les déviations rachitiques du membre inférieur ont été l'objet de 727 traitements, depuis le 3 novembre 1875 jusqu'au 30 octobre 1883, ce qui donne, le chiffre total des traitements inscrits au registre étant de 1053, un chiffre de 70 0/0 au profit des déviations rachitiques.

Il paraît que certaines villes de France, Lyon par exemple, y

sont plus sujettes que Paris. Lyon, en effet, est comme Londres, Manchester, Perth et Glasgow, dans le Royaume-Uni; Turin et Milan, en Italie, une des forteresses du rachitisme.

Pourquoi le rachitisme est-il si rare dans la clientèle civile? C'est parce que le rachitisme est un mal de misère et que les classes aisées paraissent devoir y échapper. Elles lui payent pourtant un certain tribut, quand des erreurs commises dans la nourriture des enfants du premier âge les fait tomber dans la misère physiologique.

J'ai redressé dernièrement une petite fille de huit mois qui me paraît un type de ce dernier groupe. Élevée au sein par sa mère, jusqu'à l'âge do trois mois, et prospérant au mieux, elle avait été soumise brusquement à l'allaitement artificiel, tentative bientôt suivie d'une gastro-entérite grave qui a duré jusqu'à l'âge de trois mois. A cinq mois, une courbure antéro-latérale externe se manifesta sur les deux tibias; quand je la vis, il y avait une distance de huit centimètres entre les deux crêtes. Après lui avoir fait rendre une bonne nourrice, je la redressai manuellement, sans difficulté. Le redressement, confirmé par une attelle coussinée et une bande roulée, a été vérifié plusieurs fois pendant une quinzaine de jours et complété par des manipulations appropriées. Après quoi j'ai renvoyé l'enfant complètement droite, munie d'un appareil à tuteurs, en recommandant qu'on ne se pressât pas de la faire marcher.

J'entends ce qu'on va me dire. *Cette enfant était-elle rachitique?* Elle l'était évidemment de par l'étiologie de son affection, de par les symptômes gastro-intestinaux qui en ont ouvert la marche, de par les antécédents familiaux. Son frère aîné, soumis aux mêmes écarts de régime, dans sa première enfance, était également atteint de courbures tibiales et portait sur le crâne des signes manifestes de rachitisme.

Cette enfant aurait-elle guéri sans traitement? Notre collègue, M. Després, prétend que la bonne hygiène et la bonne nourriture suffisent pour guérir les déviations rachitiques du premier âge. J'irai plus loin que lui. Je dirai que la bonne nourriture, laquelle consiste, pour l'enfant du premier âge, dans le lait d'une bonne nourrice, aurait pu prévenir les déviations dont je viens de parler, j'accorde encore qu'une nourriture suffisante et bien appropriée contribuera au succès de la cure décrite plus haut et qu'elle aurait pu, même en l'absence d'un autre moyen, mettre une différence d'ici quatre ou cinq ans entre ma petite fille et les enfants qui me sont amenés, soit à ma consultation de l'hôpital, soit au parvis. Je prescrirai au besoin aussi les phosphates, l'huile de foie de morue, le séjour à la mer, s'il est bien supporté du reste; rien de tout cela ne sera inutile.

N'avons-nous pas eu tort d'opérer notre redressement pendant la période de ramollissement, c'est-à-dire pendant que la période active du rachitisme dure encore? Du moment que le redressement a été plus facile et que l'enfant n'en a éprouvé aucun inconvénient, j'ai eu raison d'intervenir modérément, pour éviter d'avoir à intervenir énergiquement plus tard. J'ai vu à Milan l'Institut des rachitiques, dirigé avec beaucoup d'intelligence et de zèle par le Dr G. Pini. On y pratique journellement le redressement manuel sur un grand nombre d'enfants du premier âge et avec le plus grand succès. On y pratique aussi au besoin l'ostéoclasie manuelle et l'ostéotomie, mais on pense que le nombre de ces dernières opérations deviendra de jour en jour plus restreint à mesure qu'un plus grand nombre d'enfants auront été redressés manuellement dès le premier âge. La présence d'un grand nombre d'enfants rachitiques dans le même établissement et leur surveillance exacte pendant un certain nombre d'années, rendue très facile par l'organisation de l'*Institut*, feront voir, dans un temps assez rapproché, si cette espérance est appelée à se réaliser.

J'ai publié récemment six observations de redressement manuel, obtenu dans mon service, chez des enfants de 10 mois à 2 ans. La déformation a porté quatre fois sur les deux tibias, une fois sur un seul, il n'y a eu qu'un cas de *genu valgum*. L'écartement des crêtes tibiales, avant le redressement manuel, était de 8 centimètres à 8 cent. 1/2 ; il a été ou entièrement effacé ou réduit d'au moins la moitié. Le redressement du *genu valgum* a été accompagné d'un craquement et vraisemblablement d'une fracture, qui s'est du reste parfaitement consolidée. Tous ces enfants ont été dirigés sur le parvis pour y recevoir un appareil à tuteurs.

Nos résultats se maintiendront-ils? Je n'en fais nul doute à trois conditions : c'est que le rachitisme continue à être traité ; que l'enfant garde le repos le plus longtemps possible et qu'il porte ensuite un appareil à tuteurs pendant un temps assez long.

Quelle différence, me dira-t-on, faites-vous entre cette conduite à l'égard de déviations rachitiques du membre inférieur et ce qui se passe le plus communément aujourd'hui? Le plus souvent, quand une mère attire l'attention d'un médecin, sur une déviation du membre inférieur chez son enfant en bas âge, ce dernier répond que cela se passera en grandissant. Si cela ne se passe pas, comme c'est le fait le plus souvent, même avec une bonne nourriture, et le reste à l'avenant, les riches vont trouver le bandagiste chez lui; les pauvres vont l'attendre au bureau central, ces derniers, le plus souvent, aggravés, éburnés, difformes et sur lesquels l'appareil à tuteurs ne produit que des résultats insignifiants, comme les registres le prouvent. Les enfants riches, ayant eu quelquefois leur appareil

plus tôt, sont moins irrévocablement déformés; ils ont d'ailleurs été moins gravement touchés, grâce au progrès incontestable des classes intelligentes et aisées dans la pratique de l'hygiène du premier âge. Un grand nombre d'entre eux pourtant restent cagneux ou bancals, au grand détriment de l'esthétique, quand cela ne va pas plus loin. Tous ces inconvénients auraient été évités par un traitement précoce qui aurait aplani la voie au traitement ultérieur, lequel conserve une valeur réelle comme complément du premier.

En réclamant de mes collègues une scrupuleuse attention par rapport à ces déviations précoces, au moment où elles sont facilement curables, je plaide la cause de nombre de petits malades dont plusieurs seront ainsi préservés de déviations considérables et confirmées. Il y a le plus sérieux avantage pour eux à rester sous la surveillance de leurs tuteurs sanitaires légitimes, au lieu de s'égarer sous la conduite des empiriques, ce à quoi les conduirait nécessairement l'indifférence du médecin.

Avons-nous la prétention d'inventer ou d'importer un traitement nouveau? En aucune façon. L'idée de redresser manuellement et de maintenir avec un appareil très simple les déviations rachitiques du membre inférieur, pendant la période de ramollissement, est une idée ancienne et une idée française. Audry lui a préparé la voie. Mellet a préconisé l'emploi de petites attelles simples en bois ou de lames métalliques, mises en place par le chirurgien lui-même, après des *manipulations* appropriées à la forme, à l'amplitude de la courbure, au degré de résistance de l'os.

Quelles seront les limites assignées par nous à l'utilité de ce traitement? A quel âge convient-il? Par quoi le remplacerons-nous, lorsqu'il sera impossible ou insuffisant?

L'application du redressement manuel n'a d'autre limite que sa possibilité, son efficacité. Aucun des chirurgiens qui ont pratiqué depuis quelques années l'ostéoclasie et l'ostéotomie, Billroth, Macewen, Mikulicz, n'a songé, en aucune circonstance, à appliquer ces deux opérations là où le redressement manuel pouvait suffire. Il n'y a pas à proprement parler de limite d'âge. Je viens de vous citer des cas entre zéro et deux ans. Ces cas seront souvent favorables, parce que la jeunesse des os se combine avec le ramollissement dû au rachitisme, mais c'est l'éburnation seule et non pas l'âge qui marque la limite de l'indication. Or, mon collègue, M. Guéniot, en vous rappelant dernièrement un cas de rachitisme guéri avant la naissance, nous montre que l'éburnation peut être congénitale, et par conséquent le redressement manuel sans ostéoclasie impossible dès la naissance. D'autre part, les courbures tibiales, déformations qui se montrent les premières et qui par conséquent atteignent les premières la phase de l'éburnation, peu-

vent dévier la jambe, le plus souvent, en haut et en dehors, ou en bas et en dehors, de manière à former une saillie irréductible par les manipulations dès avant la fin de la deuxième année, résistant même à l'ostéoclasie manuelle et réclamant le secours l'ostéotomie cunéiforme, imposée par la configuration et la situation des courbures. Enfin, il n'est pas impsssible que dans un rachitisme à début tardif on n'obtienne, par les manipulations seules, un redressement durable d'un membre, à la faveur du ramollissement.

Là où les manipulations ne suffisent pas, je tente l'ostéoclasie manuelle au point qui me semble le plus convenable, c'est-à-dire à la jonction de la diaphyse avec l'épiphyse fémorales, car c'est surtout dans le genu valgum que cette opération est applicable. Si les résultats de votre expérience personnelle sont d'accord avec ce que je viens de vous dire au sujet des courbures tibiales et de leur éburnation précoce, vous devez me concéder ce point.

Si de fortes pressions, dans lesquelles j'ai le soin de prendre mon point d'appui ailleurs que sur l'articulation elle-même, pour éviter d'y produire des désordres, ne suffisent pas pour amener une fracture diaphyso-épiphysaire, ou peu s'en faut, car le décollement épiphysaire produit par la main de l'opérateur est pour moi un pur rêve, j'emploie la méthode que M. Tillaux a appliquée pour la première fois à Lariboisière, en 1875, et qui, comme celle de Delore, dont elle diffère d'ailleurs sensiblement, combine l'effort de l'opérateur avec l'effet d'un porte à faux du membre. Dans ces conditions, je ne manque pas d'entendre le claquement caractéristique, j'opère le redressement, j'applique un appareil inamovible et j'obtiens une consolidation régulière, sans cal. — Sans cal, quoique M. Després se soit dernièrement refusé à reconnaître l'existence d'une fracturo ostéoclastique, en l'absence de cal, chez le malade opéré par M. Gillette. J'ai eu en effet souvent l'occasion de faire observer et j'ai enseigné dans mes leçons sur les fractures des enfants que les fractures du fémur, chez les enfants rachitiques, se consolident parfaitement sans apparence de cal.

C'est là une excellente opération. L'ostéoclasie manuelle, appliquée, non pas aux courbures rachitiques du membre inférieur en général, car, je le répète, elle n'est pas applicable à la plupart des courbures tibiales, mais au genu valgum rachitique des enfants, le seul dont je m'occupe aujourd'hui, peut être mise en regard avec l'ostéotomie soit linéaire externe, soit supra-condylienne interne et cunéiforme de Macewen, que j'ai pratiquées toutes deux dernièrement soit avec l'ostéotome, soit avec le ciseau, dans des cas dont les observations vont être publiées prochainement.

J'incline actuellement vers l'ostéotomie, ayant appris par expérience combien cette opération, entièrement consciente d'elle-

même, peut être inoffensive, tandis que je suis effrayé en songeant aux dégâts qu'on peut produire, sans le savoir, dans l'articulation du genou au cours de l'ostéoclasie, même manuelle.

Ce scrupule est bien plus grand encore quand il s'agit des machines de Collin, de Robin et de toutes les machines en général. J'ai entendu dire par la voix autorisée de M. Verneuil que le premier de ces ostéoclastes est pourvu maintenant de tels perfectionnements qu'on peut opérer où l'on veut, comme on veut, même sur de jeunes sujets. En supposant tous ces perfectionnements réalisés, je ne continuerai pas moins à me fortifier dans mes moyens personnels d'action et à réaliser, autant qu'il se pourra, la devise si commode, surtout en voyage : *Omnia mecum porto.* Car enfin, supposez, par impossible, que l'inventeur à venir d'une machine, encore plus idéale que celle de M. Collin, ne soit pas complaisant tous les jours, ni pour tout le monde, ou même qu'il soit simplement sorti, quand vous aurez besoin de l'instrument, vous vous repentirez de ne pas avoir mis votre confiance en vous-mêmes. D'autant plus que vous suffisez là où aucune machine ne pourrait suffire.

J'arrive aux ostéotomies, que j'appellerai nécessaires ou plutôt indispensables, là où il n'y a plus qu'à abandonner le sujet à sa difformité, ou à tenter un effort judicieux pour le rapprocher du type normal et lorsqu'il n'y a pas d'autres efforts à tenter. Il s'agit surtout ici de l'excurvation des jambes, de ces fortes parenthèses qui permettent de mesurer de 8 à 17 centimètres entre les crêtes tibiales et presque incompatibles avec la marche. C'est là une indication d'ostéotomie linéaire, pratiquée sur la partie moyenne du tibia, du côté concave.

Le membre est aussitôt pansé antiseptiquement, enveloppé dans l'appareil plâtré. J'ai des observations de redressement et de consolidation ainsi obtenus dans l'espace de 25 jours, sans qu'il y ai eu de réaction fébrile notable, même immédiatement après l'opération. Cette opération n'a jamais amené le moindre accident. Je suis parfaitement convaincu de sa parfaite innocuité.

Quant aux jambes en *lames de sabre*, aux déviations antérieures antéro-latérales de l'extrémité supérieure ou inférieure des tibias avec ou sans aplatissement transversal de leur diaphyse, il y a un grand nombre de cas dans lesquels l'ostéotomie linéaire ne permet pas d'opérer le redressement ; j'ai fait avec succès dans ces cas l'ostéotomie cunéiforme à l'ostéotome, au ciseau, au perforateur, combiné avec une scie à découper très heureusement modifiée par l'un de mes externes. J'ai expérimenté sur le cadavre un énorme *bec de perroquet* construit par Monlon que je vous ai d'ailleurs présenté. Cet instrument permet d'opérer, à la surface des os longs

d'enfants de 7 à 8 ans, non rachitiques, des entailles cunéiformes après lesquelles la fracture manuelle du membre a toujours été possible. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'il me faudra faire de nombreuses et nouvelles expériences avant de me fier à cet instrument.

Bien que l'ostéotomie cunéiforme du tibia soit plus compliquée que l'ostéotomie linéaire et comme gravité de lésion et comme difficulté opératoire, je n'ai eu jusqu'ici à observer aucun accident sérieux en dehors d'un peu de fièvre et de suppuration : la correction m'a toujours paru satisfaisante.

Disons en terminant que si l'antisepsie est indispensable ici, l'immobilité absolue et immédiate ne l'est pas moins, et, pour réaliser ce double but, je me suis bien trouvé d'une combinaison du pansement de Lister avec l'appareil plâtré.

Je n'ai pas besoin de dire que les résultats de l'opération sont confirmés par le port ultérieur d'un appareil à tuteurs pendant un certain temps.

Il n'a pas échappé à la perspicacité de M. Després, raisonnant *a priori*, qu'une seule ostéotomie ne lui paraissait pas suffisante pour redresser les courbures rachitiques, lesquelles sont presque toujours compliquées. Il a dit aussi que s'il avait à intervenir, il pratiquerait non pas une ostéotomie mais plusieurs ostéotomies. Les faits lui donnent parfaitement raison. Très souvent plusieurs ostéotomies sont nécessaires. Billroth, Macewen pratiquent couramment des ostéotomies multiples dans la même séance, sur le même membre, et complètent ainsi le redressement : Macewen n'a jamais, paraît-il, eu d'accidents à déplorer à la suite de cette conduite qui est suivie ailleurs avec succès et dont j'ai vu des résultats très beaux et très authentiques à Milan.

M. Després a comparé à ce propos l'art du chirurgien à celui du menuisier qui, ayant à redresser une tige courbe, ne pourrait se borner à enlever un seul coin. Cette comparaison a paru blessante pour la dignité chirurgicale. La pratique fréquente de l'ostéotomie n'inspire pas ce sentiment. Elle pousse au contraire à envier aux artisans qui entament, au ciseau et au maillet, le bois, l'ivoire, les métaux, la pierre et le marbre, le sentiment exact de la force de coup nécessaire, le tact de la résistance opposée au ciseau par le corps à entamer, l'art de ne pas s'engager outre mesure et mille qualités que paraît posséder Macewen d'après son livre très bien traduit par M. Demons, qui d'ailleurs l'a vu opérer. Je ne crains pas de le dire, une ostéotomie bien indiquée et bien faite est une opération inoffensive.

Je me résume en quelques mots. Au moment du sevrage je redresse manuellement sans fracture TOUTES LES DÉVIATIONS. L'ébur-

nation arrivée, je romps *manuellement* toujours le fémur pour le genu valgum et j'ostéotomise linéairement les tibias pour les déviations latérales graves.

Je réserve pour le cas de déviations, ou mieux de distorsions antéro-latérales très accusées, l'ostéotomie cunéiforme.

M. Desprès. Je partage en partie les opinions exprimées par M. de Saint-Germain; je lui ferai cependant une remarque relativement au genu valgum des tout jeunes enfants, qu'il me paraît attribuer, un peu trop volontiers, au rachitisme.

Ces genu valgum sont le plus souvent la conséquence du port à bras ; on les observe sur les enfants auxquels on supprime prématurément le maillot, et qui, jusqu'au moment où ils marchent tout seuls, sont portés sur les bras de leur mère. Cette attitude, en effet, tend à fléchir en dehors un des genoux, toujours le même lorsque l'enfant est porté sur un seul bras. Chose remarquable, ce genu valgum peut être double, lorsque la mère devient enceinte : cela s'explique par la nécessité dans laquelle se trouve l'enfant d'écarter les deux jambes de façon à laisser de la place à l'utérus.

De semblables genu valgum se redressent spontanément ; il suffit, pour cela, de cesser le port à bras, et de laisser les enfants sur un matelas, libres de leurs mouvements. Les pressions supportées par les deux côtés de la jambe s'équilibrent et la difformité a disparu au moment où l'enfant commence à marcher tout seul. Si l'on ne prend pas cette précaution, la déviation s'exagère par la marche et peut devenir très prononcée.

C'est en me fondant sur ces considérations, que j'atttribue en grande partie les succès obtenus par M. de Saint-Germain avec le redressement manuel, au repos et aux appareils qu'il a été obligé d'imposer à ses malades.

M. Marc Sée. Les déformations rachitiques se rencontrent au moment où l'enfant commence à marcher, cela est incontestable ; mais le rachitisme existe quelquefois bien avant ce moment-là, et c'est justement parce que ce rachitisme a ramolli les os au point qu'ils ne peuvent plus supporter le poids du corps, que les déformations se produisent.

Cette influence du poids du corps peut également être invoquée lorsqu'il s'agit du genu valgum des adolescents. Ce genu valgum se produit lorsque l'adolescent se fatigue outre mesure, à l'époque où ses os et ses ligaments n'ont pas encore la solidité qu'ils acquièrent à l'âge adulte. L'influence de cette cause est d'ailleurs bien connue ; c'est à ce point qu'en Allemagne certains genu valgum sont appelés genoux des boulangers.

Quant au sens de la déformation, il s'explique par la disposition anatomique des parties : la jambe et la cuisse faisant, à l'état normal, un angle ouvert en dehors, la pression du corps tend à rapprocher les deux côtés de l'angle.

M. de Saint-Germain. Je ne crois pas que le port à bras ait une influence aussi prépondérante que semble l'indiquer M. Després, et je n'en veux pour preuve que la fréquence des genu valgum doubles.

M. Després. C'est que la mère change le bras sur lequel elle porte son enfant.

M. de Saint-Germain. Le plus souvent, au contraire, c'est toujours sur le même bras quo les mères portent leur enfant.

Il est, d'ailleurs, une autre circonstance plus en faveur de mon opinion : c'est la coexistence habituelle de plusieurs lésions rachitiques, chez les enfants auxquels j'ai fait allusion dans ma communication.

2° A propos de l'opération d'Estlander.

M. Lucas-Championnière. Il y a dix-huit jours, j'ai fait une opération d'Estlander. C'était la première que je la faisais: aussi avais-je prié M. Bouilly de vouloir bien m'assister dans la circonstance. Son intervention m'a été d'un grand secours, car, je n'hésite pas à le dire, sans lui mon opération aurait été beaucoup moins étendue qu'elle ne l'a été.

C'est qu'en effet, il s'agit là d'une opération effrayante d'aspect, lorsqu'on n'en a pas l'habitude; il semble que l'on désosse son malade, et malgré soi on s'arrête le plus souvent trop tôt.

Or, c'est là un grand inconvénient, ainsi que le démontrent les fait rassemblés dans la thèse de M. Mouton, la plupart des insuccès publiés à ce jour ont été causés par cette insuffisance dans l'étendue des côtes réséquéos.

Mon malade portait sa fistule depuis près de deux ans; deux mois auparavant on avait perdu un tube à drainage dans la cavité, et c'est pour lui retirer ce tube qu'il était venu nous trouver de la part de M. Rendu. Comme la fistule était très profonde, qu'elle communiquait avec une cavité très vaste, puisqu'elle contenait 500 grammes de liquide, qu'elle donnait lieu à l'écoulement d'une grande quantité de pus qui affaiblissait le malade, je proposai l'opération, qui fut acceptée et exécutée dans les conditions que je viens d'indiquer.

J'ai réséqué cinq côtes, les 9ᵉ, 8ᵉ, 7ᵉ, 6ᵉ, 5ᵉ ; l'étendue de la résection, de 11 centimètres sur la 9ᵉ, allait en diminuant jusqu'à la 5ᵉ, qui n'était réséquée que dans une étendue de 6 centimètres. Il m'a paru inutile d'augmenter la longueur de la partie réséquée ; ce qui me paraît plus important, c'est que cette résection porte sur la plus grande hauteur de paroi possible.

A l'heure actuelle, mon malade est en bonne voie de guérison ; c'est à peine si l'on peut introduire 100 grammes de liquide dans sa plèvre ; la suppuration a diminué dans des proportions considérables, et le malade qui avait l'aspect pâle, abattu de l'albuminurique, est revenu à la santé. Il mange, il dort, il respire beaucoup mieux qu'avant notre intervention ; j'ajouterai même que ses sommets, qui m'avaient paru douteux au moment de l'opération, paraissent s'être amendés depuis. Quel que soit mon espoir en une guérison prochaine, je sais parfaitement qu'il faut faire des réserves à ce sujet, car il n'est pas rare de voir cette amélioration s'arrêter à un moment donné, et la fistule persister.

Ceci dit, je dois revenir sur quelques-uns des détails opératoires. J'avais — imitant en cela la conduite tenue par M. Bouilly — découvert les côtes à réséquer au moyen d'un grand lambeau quadrilatère, à base supérieure, que j'avais réappliqué ensuite directement sur la paroi thoracique. Je crois que c'est là un tort, et qu'il serait préférable de placer des drains sous le lambeau, afin d'éviter l'accumulation de liquide au-dessous de lui. C'est à cette omission, en effet, que j'attribue une complication dont a souffert mon malade : le lambeau ne s'est pas recollé immédiatement dans toute son étendue, et, à sa face profonde, s'est formé un abcès qu'il m'a fallu ouvrir. Cela n'a eu, d'ailleurs, aucune suite fâcheuse, le malade n'a guère eu de fièvre.

Cependant, comme c'est là un accident à éviter, je me suis demandé si l'on n'y arriverait pas plus facilement encore en isolant d'abord les côtes qui correspondent à la fistule, puis en taillant le lambeau cutané en dehors de cette fistule, de façon à ce que ses bords n'eussent aucun rapport avec elle. En agissant ainsi, on rendrait impossible la diffusion du pus thoracique au-dessous du lambeau, et l'on diminuerait d'autant ses chances de suppuration.

Quoi qu'il en soit de tous ces détails, il me paraît définitivement acquis que cette nouvelle opération est d'un brillant extraordinaire ; elle n'a jamais donné lieu à des accidents, même chez les individus qui ont succombé plus tard au progrès de leur affection pulmonaire, et, dans tous les cas, l'amélioration qu'elle a déterminée, en supprimant une partie de la suppuration, a été incontestable. Toutefois, je m'empresse de déclarer que ce serait un tort grave d'intervenir immédiatement, et qu'il y a tout avantage à at-

tendre. D'abord, parce que l'empyème peut guérir, surtout lorsque l'on le pratique suivant la méthode antiseptique, ensuite parce qu'il n'est pas rare qu'avec le temps le rapprochement naturel des côtes suffise à combler la cavité de l'abcès.

M. Verneuil. Je n'ai encore fait aucune opération d'Estlander, et je manque d'expérience à son égard; mais, comme je ne dis pas que je ne la ferai pas un jour, c'est avec le plus grand intérêt que j'ai suivi le rapport que nous a fait M. Berger à la dernière séance.

Or, en entendant ce rapport, je n'ai pu m'empêcher de reprocher à la théorie qui sert de base à l'opération d'être un peu trop entachée d'iatro-mécanique.

On attribue la persistance de la fistule pleurale à l'impossibilité pour les côtes de se rapprocher suffisamment pour combler le vide de l'abcès pleural, tout comme jadis on attribuait la persistance des fistules ischiorectales à l'impossibilité dans laquelle se trouvait le rectum de se rapprocher des parois du bassin.

Est-ce bien exact? et la théorie applicable aux fistules pleurales n'aura-t-elle pas un jour le sort de la théorie relative aux fistules anales, qui n'a plus aujourd'hui que de rares défenseurs? C'est là ce que l'avenir nous réserve. Pour mon compte, j'avoue que, dans un grand nombre de cas, cette théorie me paraît absolument inapplicable. Je n'en veux pour preuve que ce qui se passe en ce moment chez un de nos collègues les plus chers, auquel, comme vous le savez, je donne tous mes soins.

Sa fistule, qui dure depuis plus d'une année, a en ce moment 17 centimètres de profondeur, mais, par contre, elle ne peut pas recevoir plus de 25 grammes de liquide. Comment admettre que si une cavité d'ussi minime capacité ne peut se boucher, c'est uniquement parce quo les parois costales ne peuvent se rapprocher l'une de l'autre! D'ailleurs, pour être autorisé à admettre une insuffisance dans le rapprochement, il faudrait constater un certain degré de déformation thoracique; or, cette déformation n'existe même pas!

Mais ce n'est pas tout encore: le trajet de la fistule est tel que si l'on y introduit un stylet, ce dernier pénètre en bas, en dedans, et en arrière comme s'il pénétrait dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire. Dans ces conditions, je me demande vraiment à quoi pourrait bien servir la résection d'un certain nombre de côtes.

Je reprocherai autre chose au rapport de M. Berger: il nous dit à la fin de ce rapport extrêmenent bien fait, très soigné, très clair, et que je considère comme le meilleur des plaidoyers en faveur de l'opération nouvelle, que l'on est en droit d'intervenir et que l'on peut, pour me servir de la pittoresque expression de M. Cham-

pionnière, désossor en quelque sorte son malade, lorsque, deux à trois mois après une opération de l'empyème, la fistule pleurale paraît ne plus avoir aucune tendance à la guérison spontanée. N'est-ce après une exagération, et ne savons-nous pas tous que de semblables fistules sont encore susceptibles d'une guérison spontanée?

En somme, et pour résumer ma pensée, il me semble résulter de ces diverses considérations que l'on ne doit songer à l'opération qu'alors que les côtes, par leur affaissement, par leur flexibilité, ont fait tout ce qui leur était possible pour combler leur cavité pleurale. Cette opinion, du reste, vient d'être formulée par M. Lucas-Championnière.

Il faudrait s'assurer également de la capacité de la fistule, et rejeter l'opération toutes les fois que cette dernière n'est pas susceptible de recevoir une notablo quantité de liquide.

Il va sans dire que la tuberculose pulmonaire est une contre-indication formelle à toute tentative opératoire.

M. Monod. Le malade opéré par moi, et auquel M. Berger a fait allusion dans son rapport, avait subi l'opération de l'empyème en mars 1882. A plusieurs reprises il avait paru guéri, mais chaque fois que l'on enlevait le tube à drainage, le pus retenu dans la cavité pleurale donnait lieu à des accidents généraux qui ne cessaient qu'au moment de la réouverture de la fistule. C'est dans ces conditions qu'en octobre dernier je me décidai à l'opérer.

Je dois dire que les conditions dans lesquelles il se trouvait à ce moment étaient fort éloignées de celles que M. Verneuil vient de nous signaler comme défavorables à l'opération. Lorsqu'on introduisait une sonde d'homme en argent dans la cavité pleurale, on pouvait la retourner dans tous les sens, sans en toucher les parois. Quant au côtes, elles étaient fortement rétractées vers la colonne vertébrale, et la déformation du thorax était considérable.

L'opération a été faite avec M. Bouilly qui a bien voulu m'assister, tout comme il a assisté depuis M. Lucas-Championnière.

Ce qui est arrivé à M. Championnière m'est arrivé à moi : c'est grâce à notre collègue que j'ai osé faire la résection de cinq côtes, dans une étendue considérable. Voici, d'ailleurs, les portions réséquées que je présente à la Société.

L'opération a été suivie d'un résultat immédiat excellent. Il n'y eut aucun accident opératoire, et le lambeau de peau quadrilatère que j'avais détaché pour découvrir les côtes s'est recollé sans difficulté. Par la suite, la cavité pleurale paraissait se rétrécir facilement, et je croyais à une guérison rapide, lorsque j'ai appris

ces derniers temps que la quantité de pus fournie par la fistule était encore considérable et que l'état général souffrait un peu.

Bref, nous n'avons là jusqu'à présent qu'un demi-succès; mais tout n'est pas fini, puisque le malade n'est opéré que depuis trois mois. Je me demande, d'ailleurs, s'il n'y a pas lieu d'incriminer le séjour à l'hôpital, et, dans ce cas, comme je me propose d'envoyer incessamment le malade à la campagne, peut être arriverons-nous au but.

En ce qui concerne le manuel opératoire, je dirai que j'ai decouvert la paroi thoracique à l'aide d'un grand lambeau quadrilatère, et non pas au moyen de petits lambeaux tracés au niveau de chaque côte à réséquer, ainsi que le conseille Estlander. Pour faciliter la manœuvre, j'ai dû sectionner la première côte en deux ois.

On a déconseillé les lavages immédiats de la cavité pleurale, je crois que c'est une erreur; dans mon cas particulier, peu de temps après l'opération, je dus faire une injection parce que le malade avait été pris de fièvre de retention.

Quelque temps après l'opération, j'ai pu constater un phénomène, digne du plus haut intérêt, je veux parler de la régénération des côtes. Homen, qui a étudié expérimentalement le fait sur des chiens, déclare que dès la 5e semaine on sent déja, au niveau des parties réséquées, une série d'arcs osseux nouveaux, résistant à la pression des doigts. Chez mon malade, cette régénération partielle put être constatée dès la 3e semaine, de telle sorte que je me demande, à l'heure actuelle, si mon insuccès ne tient pas à cette reconstitution de la paroi thoracique. S'il en était ainsi, il y aurait peut être lieu, après avoir fait la résection sous-périostée, de façon à ménager l'artère intercostale, de réséquer secondairement une portion plus ou moins étendue du périoste.

M. Desprès. Je trouve que M. Berger, dans son excellent rapport, a fait une part trop petite à la guérison spontanée des fistules pleurales, traumatiques ou spontanées. Briquet, dans une discussion à l'academie de médecine (18 juillet 1865) parle d'une fistule de ce genre qui durait depuis des années; un jour, on laissa tomber un stylet dans cette fistule, et ce stylet ressortit par le point le plus déclive de la cavité suppurante. La contre-ouverure qui résulta de cet accident, suffit pour assurer la guérison du malade. C'est à l'occasion de ce malade que Chassaignac fit valoir l'utilité du drainage dans le traitement des fistules pleurales.

D'autre part, il est un certain nombre de fistules pleurales qui restent sans inconvénients pour le malade, n'exigeant de lui que des soins tout à fait insignifiants, et pour lesquels, par conséquent,

on ne saurait songer à la grave opération de la résection costale.

Enfin, il y a les fistules dans le genre de celle que M. Verneuil observe en ce moment sur un de nos collègues; ces fistules, profondement enfoncées dans le parenchyme pulmonaire, ne sont autre chose que des fistules interlobaires, dont les parois sont formées par le poumon lui-même, et contre lesquelles, par conséquent, la résection costale ne peut rien. Ces quelques remarques n'enlèvent rien au mérite du rapport de M. Berger, mais elles vous montrent qu'il ne faut rien exagérer, et qu'il ne faudrait pas prendre au pied de la lettre les excellentes conclusions de ce rapport.

Rapports.

M. Polaillon fait un rapport verbal sur une observation de M. Guerlain, de Boulogne sur-Mer, intitulée : *Coup de pistolet dans la poitrine, mort, autopsie.* Il propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de déposer son travail dans nos archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Observation de corps étranger dans la paume de la main, par M. le Dr Moty, médecin-major à l'hôpital de Tébessa (Algérie).

Rapport par M. Chauvel.

Un soldat blessé en septembre 1882, par l'éclatement de son fusil, entre en avril 1883, dans le service de notre confrère de l'armée. La région hypothénare gauche présente deux fistulettes qui, persistant depuis, l'accident, laissent soupconner la présence d'un corps étranger. En dilatant les fistules, l'exploration fait constater le bien fondé de ces soupçons, et un débridement suffisant permet d'extraire en deux fragments une portion de bois de fusil, que notre collègue nous a fait parvenir en même temps que le récit du fait.

Après cette opération, la guérison complète ne se fit pas longtemps attendre, et la main, bien que mutilée depuis le traumatisme, put reprendre ses fonctions, à tel point que B... continue de servir. Le Dr *Moty,* insiste sur les deux points suivants, comme dignes d'intérêt : 1° Le séjour d'un fragment de bois assez volumineux dans la paume de la main, pendant huit mois, sans réactions vives. Il attribue cette tolérance, au siège profond de l'éclat de bois et à sa nature peu altérable, bien qu'il fût d'origine végétale. 2° la para-

lysie localisée aux troisième et quatrième interosseux dorsaux, paralysie qui ne peut s'expliquer que par la lésion des filets nerveux destinés à ces muscles. Sans être précisément communs, de tels faits n'ont rien d'exceptionnel ; je vous propose donc, messieurs : 1° de remercier notre confrère de sa communication ; 2° de déposer son travail dans nos archives.

Les conclusions mises aux voix sont adoptées.

Ostéite tuberculeuse de l'astragale, résection de cet os, guérison, par M. le Dr Robert, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

Rapport par M. Chauvel.

Il y a plusieurs mois déjà que M. le Dr *Robert* nous a présenté un malade, âgé de 25 ans, auquel il avait enlevé l'astragale droit, pour une ostéite tuberculeuse non suppurée de cet os. L'opération pratiquée en septembre 1882 avait été suivie d'un résultat satisfaisant. Aussi notre collègue terminait sa très courte note par les conclusions suivantes : « Ce fait démontre l'utilité des résections partielles du tarse dans les cas de tuberculose localisée. L'observation peut être rapprochée des nombreux faits réunis par Schinzinger et par Dumont, de Berne, qui pensent qu'avec un diagnostic précis et à l'aide d'un traitement bien dirigé il est possible de conserver nombre de pieds qui, faute de soins, sont destinés à l'amputation. »

Avant d'examiner la conclusion, peut être un peu trop favorable, de notre distingué confrère, je vais résumer les points les plus importants de son observation personnelle. L..., caporal au 1er de ligne, âgé de 24 ans, fait un faux pas en septembre 1880. Il néglige son entorse et n'entre à l'hôpital que fin octobre, ayant continué de marcher jusqu'à ce moment. Des appareils inamovibles, des pointes de feu réitérées, une saison de Bourbonne améliorèrent un instant l'affection, mais les douleurs et le gonflement reparaissent, le membre s'atrophie et la réforme est prononcée en octobre 1881. Il entre alors au Val-de-Grâce, où l'immobilisation et le feu sont appliqués de nouveau, mais sans plus de succès. De même les bains de mer échouent.

En septembre 1882, deux ans après le début de l'affection, M. le Dr *Robert* est appelé à soigner ce malade. L... nous apprend que la mère est morte phtisique, une des sœurs également ; toutefois L... présente jusqu'ici des poumons en bon état. En somme, les lésions semblent limitées au pied droit, au niveau et au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne. En avant et en bas de la malléole interne, la peau, rouge et tendue, est soulevée par une

tumeur dure et fixe, de consistance osseuse, très douloureuse à la pression, s'étendant de la malléole au scaphoïde, présentant le volume d'une noisette et une surface assez régulière. Les gaines des tendons semblent indemnes, il n'existe qu'un empâtement général sans fluctuation révélant la présence de masses fongueuses. Au niveau des malléoles la circonférence dépasse de cinq centimètres celle du pied malade ; la jambe et la cuisse sont sensiblement atrophiées. Mouvements très nombreux et très limités, flexion des orteils, pied en varus-talus, soubresauts continuels.

Les pressions exercées au voisinage de la région suspecte du cou-de-pied, dit le Dr Robert, indiquent une délimitation très marquée du mal. La douleur, très vive quand on presse le tendon du jambier antérieur, est à peine perçue lorsqu'on agit sur l'extenseur propre du gros orteil ; la malléole interne est cependant peu sensible ; le scaphoïde n'est pas douloureux, il en est de même de la malléole externe et de toute la surface accessible du calcanéum. Ces signes, ajoute notre confrère, nous portent à diagnostiquer une ostéite chronique de l'astragale avec ostéophyte de la tête de cet os ; et l'extirpation est proposée, et acceptée par le patient.

Cette opération est pratiquée le 15 septembre, par le procédé d'Olivier, avec les modifications légères que nous y avons apportées pour en rendre l'exécution plus facile. Ne pouvant luxer l'astragale, le Dr Robert utilise le conseil donné par M. le professeur Verneuil, il détache par un trait de scie la tête de l'astragale ; puis il extrait, morceau par morceau, le corps de l'os qui s'est brisé dans les mors du davier de Farabeuf.

Cette extirpation terminée, on constate que les surfaces articulaires du tibia et du péroné sont saines, que celles du scaphoïde et du calcanéum sont parfaitement lisses et sans érosion. L'astragale a été enlevé en totalité, ses faces articulaires sont recouvertes de cartilage sain. M. *Kiener* constate par l'examen histologique une infiltration tuberculeuse diffuse, étendue à tout le corps de l'astragale, moins marquée dans le col de l'os et dans l'ostéophyte qui le surmonte.

Les suites de l'opération furent simples, sauf un suintement sanguin assez abondant qui céda à la compression combinée avec l'élévation du pied. Pansement de Lister, pas de fièvre, soubresauts persistants les premiers jours au renouvellement de l'appareil. Le 21 septembre, la plaie est réunie, sauf à ses extrémités, où sont placés les drains; les douleurs nocturnes ont disparu. Jusqu'au 15 novembre, les trajets fistuleux persistent sans tendance à la cicatrisation ; le pied, qui tend à s'ankyloser en talus, est redressé et immobilisé par des attelles plâtrées. Vers le 15 décembre (3 mois), la cicatrisation est presque complète, sauf au côté externe, où le

stylet pénètre à une grande profondeur. Le 2 janvier 1883, on enlève l'appareil; l'ankylose est presque complète; le pied, fléchi sur la jambe, est atrophié et paraît plus court que le pied sain.

Une inflammation vive, survenue le 6 janvier, oblige à réappliquer des attelles plâtrées que l'on enlève enfin le 10 février (5 mois); la cicatrisation est alors complète et définitive. Le malade pose difficilement le pied à terre, il marche avec peine à cause de l'ankylose avec flexion du pied dépassant l'angle droit. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont complètement abolis; il n'existe pas de mouvements de latéralité. Le calcanéum semble parfaitement enclavé entre les malléoles; le talon est moins saillant en arrière. La déformation du pied est caractérisée par une élévation de sa pointe, par un léger épaississement de son bord externe et par la concavité plus prononcée de la voûte, surtout vers le bord interne. Le gros orteil est légèrement fléchi, les autres sont disposés régulièrement, le relief de leurs tendons extenseurs est complètement effacé.

Le 15 mai, 9 mois après l'opération, au moment où il est présenté à la Société, le malade marche avec une bottine spéciale, à semelle plus épaisse sous l'avant-pied, et peut, sans fatigue, faire environ 2 kilomètres. La mensuration montre que la jambe est plus courte de 1 centimètre 1/2, et le pied également raccourci de 1 centimètre 1/2; l'écartement des malléoles est le même des deux côtés. La malléole interne du pied sain est à 7 centimètres 1/2 du sol; celle du côté opéré, à 6 centimètres seulement.

Le mémoire de M. le Dr *Robert* soulève une question intéressante et un point de pratique important. La résection isolée de l'astragale laisse-t-elle un membre utile? Telle est la question que des faits, très nombreux aujourd'hui, permettent de résoudre par l'affirmative. Cette opération est-elle indiquée dans le cas d'ostéite tuberculeuse localisée à cet os? L'observation clinique va nous aider à répondre.

Les ostéites des os du tarse sont souvent la suite d'entorses, et l'évidement, le grattage, la cautérisation, ne sont pas toujours suffisants pour les guérir. Parfois, le membre reste informe et impotent; parfois, et plus fréquemment peut-être, le retour du mal oblige à recourir à l'amputation. N'est-il donc pas d'autre moyen pour se mettre à l'abri d'une récidive ou d'une généralisation? Si, répond notre collègue, lorsque le mal est bien localisé. Or, dans les caries du tarse, l'astragale est 15 fois sur 52, d'après *Czerny*, le siège du mal. D'un autre côté, *Kocher*, *Holmes*, *Vogt*, *Gaujot*, *Annandale*, ont démontré que les synovites fongueuses étaient souvent limitées à l'articulation astragalo-calcanéenne. C'est que la tuberculose semble attirée par les irritations chroniques, et l'ob-

servation montre que cette jointure est très souvent seule affectée dans les entorses dites, à tort, du cou-de-pied. Cependant les chirurgiens français *Spillmann*, *Ollier*, sont peu partisans des résections du tarse pour carie, sauf chez les enfants ; l'ignipuncture leur paraît, comme à M. *Perrin*, un moyen plus sûr, chez l'adulte, pour arrêter les progrès de l'affection. A ceux qui préconisent ces traitements conservateurs, on peut répondre que l'expectation (révulsifs et immobilisation) laisse à la tuberculose le temps de se propager à distance ; que la liqueur de Villate et l'iodoforme n'ont guère action que sur les fongosités ; que l'ignipuncture, le grattage, l'évidement, ne permettent pas de distinguer les parties saines des tissus malades, et d'enlever sûrement tous ces derniers ; que leur emploi est parfois difficile, si les os sont cautérisés ; enfin qu'on n'est pas mis à l'abri d'une récidive locale rapide. Encore la cautérisation laisse-t-elle parfois un pied difforme et tout à fait favorable.

En théorie, par conséquent, si le mal est localisé à l'astragale, l'extirpation totale de cet os est le mode de traitement le plus rationnel. Mais comment reconnaître cette localisation ? Le diagnostic nous semble fort difficile, et la limitation de la douleur et du gonflement au territoire de l'astragale ne suffit pas pour affirmer la localisation des lésions. Il en est de même du stylet. Force est donc de se fier à des signes peu précis, quitte à modifier chemin faisant le plan opératoire, si les lésions sont plus étendues qu'on ne l'avait d'abord supposé.

Nous n'avons pas à discuter ici la valeur des procédés conseillés pour l'extirpation de l'astragale. M. le Dr *Robert* s'est servi du procédé d'*Ollier*, modifié par nous, et l'a trouvé d'une exécution assez difficile. Après des essais multipliés à l'amphithéâtre, notre collègue s'est arrêté aux incisions de *Vogt*, qui permettent d'arriver plus aisément au but.

Dans les recherches bibliographiques auxquelles il s'est livré et qu'il a bien voulu nous communiquer, M. *Robert* a pu relever 14 cas d'extirpation complète de l'astragale pour carie ou ostéite tuberculeuse ; nous en donnons ici le résumé succinct. Nous sommes heureux d'ajouter que l'on pourra lire ces observations détaillées dans un important mémoire que notre collègue et ami se propose de publier prochainement.

Obs. I. *Dretz*, 1842. Guérison au bout de 10 mois.

Obs. II. *Busch*, 1850. Homme, 47 ans. Guérison.

Obs. III. *Statham*, 1852. Guérison.

Obs. IV. *Heyfelder*, 1858. Homme, 17 ans. Résection de l'astragale et du calcanéum. Amputation de la jambe le 24e jour.

Obs. V. *Erichsen*, 1859. Fille, 8 ans. Guérison.

Obs. VI. *Billroth*, 1861. Enfant de 7 ans. Guérison très lente. Au bout d'un an marche sans boiter, mobilité légère.

Obs. VII. *Billroth*, 1861. Homme, 16 ans. Mort de pyémie le 12e jour.

Obs. VIII. *Holmes*. Homme, 18 ans. Résection de l'astragale, du péroné et du tibia. Sort après 4 mois, la jambe est raccourcie de deux doigts, fistule persistante. L'opéré marche avec un bâton; mobilité légère du cou-de-pied.

Obs. IX. *Holmes*, 1865. Fille de 10 ans. Ablation du scaphoïde et de l'astragale, sort après 2 mois. Revue 29 mois plus tard, l'enfant marche presque sans boiterie.

Obs. X. *Ollier*. Garçon, 14 ans. Résultat douteux.

Obs. XI. *Kocher*, 1879. Fille, 21 ans. Guérison en 3 mois. Un an plus tard marche en boitant, mouvements douloureux, fistule interne, curage d'un abcès fongueux. L'année suivante nouvel abcès, puis guérison complète. Deux ans après l'opération, le pied est raccourci de 3 centimètres, la jambe de 1 centimètre 1/2. Marche en varus, sans douleurs.

Obs. XII. *Kocher*, 1880. Garçon, 4 ans. Après 6 mois pied à angle droit, peu mobile. Au bout de 16 mois guérison complète, mobilité limitée du cou-de-pied, mouvements de latéralité presque nuls. Raccourcissement de la jambe de 1 centimètre 1/2; du pied, de 5 centimètres; marche facile, boite peu.

Obs. XIII. *Kocher*, 1880. Homme, 16 ans. Résection des os de la jambe, de l'astragale et d'une partie du calcanéum. Guérison en 3 mois. Dix mois plus tard, mobilité faible, marche bonne; la jambe est raccourcie de 3 centimètres; atrophie musculaire persistante.

Obs. XIV. *Busch*. 1882. Fille, 18 ans. Guérison. Le pied est assez mobile, pose à plat et rend de bons services; peu de raccourcissement.

Obs. XV. *Robert*, 1882. Homme, 24 ans. Guérison en 5 mois. Après 10 mois, raccourcissement de la jambe et du pied de 1 centimètre 1/2; marche satisfaisante.

Tous ces faits n'ont pas une importance égale, et les observations I, II, III et V manquent absolumeut de détails et ne peuvent entrer en ligne de compte dans une appréciation de la valeur de l'opération. D'un autre côté, les faits IV, VIII et XIII n'ont pas trait à l'extirpation isolée de l'astragale, mais à des sélections plus ou moins étendues du tarse ou du cou-de-pied. Il ne reste donc, en somme, que 8 observations à discuter. *Heyfelder* (IV) dût amputer la jambe de son malade. L'un des opérés de *Billroth* mourut de pyémie (VII); le 12e jour, enfin, *Ollier* ne semble pas satisfait des résultats de son intervention, soit 37 0/0 d'insuccès. Tout compté, je ne vois que 5 cas où l'opération a donné, sinon un succès complet (VI, XI, XII, XIV et XV), au moins a laissé un membre utile jusqu'à un certain degré.

Un nombre de faits aussi peu considérable ne nous paraît pas

suffisant pour résoudre le problème, et, sans rejeter l'extirpation isolée de l'astragale dans les cas d'ostéite tuberculeuse limitée à cet os, nous ne nous trouvons pas autorisé à la conseiller. A l'incertitude que laissent un diagnostic toujours très difficile et l'intervention chirurgicale, certes plus délicate et plus grave qu'une amputation de la jambe, s'ajoute, pour nous imposer cette réserve, le danger de faire une opération incomplète et d'exposer le malade à une récidive rapide du mal, pour ne lui laisser en fin de compte qu'un membre d'un usage limité. Encore laissons-nous de côté la question de la généralisation de la tuberculose, et cependant la durée toujours longue de la suppuration ne nous semble pas une condition favorable chez un sujet déjà épuisé et fort enclin à la tuberculose.

Ayant résumé dans ses points les plus importants l'observation qui fait le fond de la communication si intéressante de M. le Dr Robert, je vous propose : 1° de déposer son travail dans nos archives, et 2° d'inscrire notre confrère dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national de notre Société.

Discussion.

M. Berger. Je partage complètement l'avis de M. le rapporteur; pour mon compte, toutes les fois que j'ai dû faire une opération pour une ostéite tuberculeuse que je croyais localisée à l'astragale, c'est à l'amputation que j'ai eu recours, et l'autopsie du membre m'a toujours montré que j'avais eu raison. La lésion, en effet, avait déjà envahi les parties voisines.

Tout récemment encore, ayant eu un cas qui offrait quelque analogie avec celui de M. Robert, je me disposais à tenter la résection, et c'est sur les instances formelles du malade que je fis l'amputation. Or, en examinant ensuite le membre, je trouvai des lésions déjà assez étendues du tibia, de l'articulation sous-astragalienne, voire même du calcanéum et du cuboïde. La résection que j'étais disposé à pratiquer aurait été très certainement suivie d'un insuccès.

Sans doute, le cas de Robert est encourageant, surtout si l'on songe qu'il n'est pas isolé, et que Hancok en cite un certain nombre dans son livre sur la chirurgie du pied; malgré cela, je ne crois pas que nous puissions poser, en règle générale, que la résection astragalienne, pour une tuberculose limitée de cet os, est préférable à l'amputation de la jambe.

La seule chose que je puisse admettre, c'est que, dans certains cas favorables à la résection, et alors que l'état général est bon, on

soit autorisé à ouvrir largement l'article, à rechercher avec le plus grand soin si les lésions sont localisées, quitte à se décider séance tenante pour l'amputation, si l'on trouve quoi que ce soit de suspect dans les parties voisines de l'astragale.

M. Tillaux. Je m'associe complètement à l'opinion exprimée par MM. Chauvel et Berger.

La résection du cou-de-pied, pour une lésion spontanée, est une mauvaise opération. Dans tous les cas où j'ai fait cette résection, j'ai dû pratiquer l'amputation quelque temps après.

Je repousse d'autant plus volontiers ces opérations partielles, que je considère la suppression de l'astragale comme très défavorable au point de vue fonctionnel. Voyez ce qui se passe lorsque l'astragale est enlevé pour une cause traumatique : les malades marchent très mal, et leur pied ne vaut certainement pas un bon appareil prothétique.

Il y a trois ans, j'ai évité l'amputation chez un jeune homme atteint d'une luxation compliquée de l'astragale. J'étais d'abord très heureux du résultat obtenu, mais il en est tout autrement à l'heure actuelle, car mon malade ne peut encore marcher, et j'ignore quand il marchera.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à 5 heures 25.

Le Secrétaire,

Ch. Périer.

Séance du 9 janvier 1884.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Des lettres de candidature pour la place de membre titulaire*, adressées par MM. Peyrot, Kirmisson, Henriet, Humbert et Schwartz.

2° M. Queirel, de Marseille, adresse une observation de *périnéoraphie*. (Renvoyée à l'examen de M. Trélat.)

Laparotomie appliquée au traitement des grossesses extra-utérines.

M. Championnière offre à la Société deux photographies représentant dans leurs dimensions deux pièces anatomiques curieuses, extraites par deux opérations faites pour grossesse extra-utérine, par lui, le 6 juin 1883 et le 3 août 1883, les femmes ayant guéri rapidement, à l'hôpital Tenon. MM. Perier et Terrier avaient bien voulu aider M. Championnière pour ces opérations, deux larges laparotomies comprenant le péritoine, suivies de suture du kyste à la paroi et large drainage de la cavité.

Pour le premier de ces enfants, la grossesse datait de quinze mois. L'enfant avait vécu jusqu'à terme et nageait dans une cavité purulente contenant environ 6 litres de pus fétide. On peut voir sur la photographie qu'il a bien conservé sa forme; il était déjà devenu friable, mais put être extrait assez facilement. Il pesait encore 1,500 grammes et mesurait 44 centimètres.

Le deuxième enfant, pour lequel la grossesse datait de vingt mois, était absolument adhérent aux parois du kyste; des os du crâne furent enlevés. Le crâne se vida sous les efforts de traction; une partie de la peau des épaules, des bras, des mains fut déchirée; la totalité de la jambe gauche et tout le pied droit restèrent dans les parois du kyste et furent éliminés et extraits plus tard. Leur fixité rendait dangereuses de nouvelles tractions.

Tous ces détails sont parfaitement reconnus à la simple inspection des photographies. Celles-ci sont des agrandissements de petites photographies faites dans le service par un élève, M. Cormak. Elles ont été grandies juste aux dimensions par un photographe, M. Pirou.

Les dimensions sont, pour le premier enfant, 38, et pour le second 39 centimètres. Ils étaient en réalité plus grands, mais l'attitude et les délabrements les rapetissent.

La guérison des deux femmes s'est faite sans accident. La température de la première n'a pas dépassé 39°, et celle de la seconde 38°.

M. Championnière montre aussi la photographie de cette dernière opérée, qui rend bien compte de la forme et de la cicatrice encore légèrement ulcérée.

Chez la première, il restait encore un petit cul-de-sac de 2 centimètres environ.

Depuis longtemps, ces deux femmes ont repris leurs fonctions, leurs règles et tous les attributs de la santé.

A l'occasion du procès-verbal.

Genu valgum.

M. Desprès présente le malade, âgé de 14 ans, qu'il a déjà présenté, et qui était atteint depuis trois semaines d'un genu valgum au début.

Il montre le résultat du repos et de l'électrisation avec les courants indirects, cinq minutes par jour pendant dix jours. Les muscles électrisés ont repris leur tonicité dans l'ordre suivant : le droit interne, le couturier. Le vaste interne seul est encore paresseux.

Ce malade est en réalité guéri, il n'y a qu'à suivre sa convalescence et lui faire prendre un métier assis. Si, au contraire, on le laisse marcher pendant une année, le genu valgum deviendra permanent, et c'est alors que l'on pourrait proposer l'un des moyens de traitement dont il a été question dans les dernières séances.

Tous les genu valgum ont une origine semblable ; ils sont liés à une impotence musculaire et non pas à l'hypertrophie de l'un des condyles, comme on le dit généralement; aussi peut-on les guérir par des moyens analogues, pourvu qu'ils soient pris à temps.

Rapport

Calcul uréthral, par M. le professeur Folet, de Lille.

M. Guyon, rapporteur.

Le fait que M. Folet communique à la Société de chirurgie, sous ce titre, offre un double intérêt. Il peut être qualifié de rare, et son observation est particulièrement instructive, grâce à la manière dont elle est présentée. Je ne pourrai même remplir ma tâche de rapporteur qu'en suivant l'auteur dans les principaux points de son exposé.

Le malade n'avait que quinze ans, et tout démontre cependant que l'âge de la maladie était déjà avancé. Les symptômes relevés depuis huit années sont des plus significatifs, ils ne peuvent laisser le moindre doute sur le début des accidents.

Ce furent des troubles de la miction qui ouvrirent brusquement la scène. Ce jeune garçon fut dès lors sous l'influence d'envies d'uriner fréquentes et impérieuses, mais ce n'est que dans les quatre dernières années que ces symptômes s'accentuèrent. En dernier lieu, le malade, presque toujours surpris par des besoins

de plus en plus pressants, souillait ses vêtements et son lit; quand il arrivait à temps, la miction s'accomplissait sans jet, mais elle n'était que peu douloureuse, et ce n'est que depuis six semaines que le patient accusait quelques douleurs dans le bas-ventre et les reins. Il affirmait de plus que les urines, toujours claires jusqu'alors, ne s'étaient troublées que depuis cette époque.

Il est donc permis d'admettre que, malgré l'incessante excitation à laquelle elle était soumise, la vessie ne s'était enflammée que depuis quelques semaines, et que jusqu'alors le malade était resté indemne de cystite. L'histoire clinique des calculeux démontre en effet que, malgré leur séjour prolongé dans la vessie, malgré leur incessante et régulière augmentation de volume, les pierres peuvent ne déterminer dans la muqueuse vésicale aucun phénomène inflammatoire. C'est une des raisons qui expliquent ces cas nombreux de tolérance trop prolongée, et les découvertes de gros calculs chez des malades qui ont à peine souffert.

Dans l'état normal, la vessie est à peine sensible aux contacts et ne réagit que sous l'influence de la distension. C'est la condition nécessaire qui lui permet d'accomplir son rôle de réservoir. Plus elle est pathologiquement excitée, et plus elle devient incapable de contenir une quantité d'urine assez grande pour espacer les mictions.

Chez le malade de M. Folet, les mictions étaient, depuis huit années, fréquentes et impérieuses. Il ne faut pas oublier que la pierre logée dans la portion profonde de l'urètre et d'emblée dans la portion membraneuse était particulièrement bien placée pour provoquer la contraction vésicale par l'excitation directe et sans cesse renouvelée des sphincters. La brusque apparition des symptômes et leur continuité sont bien faites pour faire admettre la réalité du séjour prolongé du calcul dans le fond de l'urètre.

Il est facile de les opposer dans leur évolution aux phénomènes passagers et intermittents, déterminés par la présence d'une pierre dans la vessie. Aussi longtemps qu'elle reste saine, le calcul ne trahit sa présence que sous l'influence des mouvements que lui impriment la marche, les secousses ou la miction. Je n'ai pas à rappeler les symptômes qui permettent d'affirmer, avant tout examen, la présence d'une pierre dans la vessie. Il me suffit de déclarer que je partage complètement la manière de voir de M. Folet sur le siège du calcul, et que, comme lui, j'admets qu'il habitait depuis huit années le fond de l'urètre. L'examen de la concrétion qui a pour noyau un petit calcul urique ajoute une preuve de plus à l'opinion soutenue par notre confrère.

Faut-il s'étonner que la rétention complète ou partielle de l'urine n'ait pas été la conséquence, et du transport brusque de la concré-

tion dans la portion profonde de l'urètre, et de son accroissement successif.

Ce calcul qui vous a été présenté au mois d'avril dernier est volumineux, et ce volume n'est pas un des moindres intérêts de l'observation. Il pesait 30 grammes, il est ovoïde et allongé; son diamètre atteint 4 centimètres 1/2, son petit en mesure 2 1/2.

Cependant le malade a toujours vidé sa vessie, car rien dans l'observation de M. Folet ni dans la relation de l'opération n'indique la réplétion du réservoir. Il y a eu obstacle à la miction, mais elle n'a jamais été impossible. C'est ce que l'on observe dans la majorité des cas, et l'on ne saurait, sans se mettre en complet désaccord avec les faits, ranger parmi les causes habituelles de la rétention d'urine la présence de corps étrangers dans l'urètre. Cette absence de rétention partielle ou totale doit d'ailleurs être invoquée pour expliquer l'absence de cystite, dans un cas où l'incessante sollicitation des contractions du muscle vésical était bien faite pour en favoriser l'éclosion. Rien ne détermine mieux la production de la cystite que l'évacuation imparfaite du réservoir urinaire, rien n'assure mieux sa pérennité. Nous pouvons donc, par cela même que la cystite n'a paru s'affirmer que dans les six dernières semaines, accepter d'autant plus que, malgré l'obstacle mécanique, la miction ait pu complètement s'accomplir.

Ce résultat a sans aucun doute été favorisé par l'intégrité du muscle vésical. Sa puissance contractile chez l'enfant est trop bien démontrée pour qu'il soit nécessaire d'insister. Mais ce que je crois devoir indiquer, parce que l'histoire des jeunes caculeux, ainsi que celle des jeunes rétrécis, le démontre dans la plupart des cas, c'est l'influence préservatrice d'une contractilité puissante.

Aussi n'avons-nous pas à nous étonner de la rapidité de la guérison; elle fut complète en 15 jours, et l'on permit au malade de quitter l'hôpital dès ce moment. Il a conservé depuis une santé parfaite et le plus régulier accomplissement de la miction. Grâce à la vessie, les reins n'avaient pas eu à souffrir. La complète évacuation du réservoir vésical, aidée du jeune âge du sujet, avait permis à la maladie de rester localisée malgré sa longue durée.

Je viens de faire allusion aux heureux et très rapides résultats de l'intervention chirurgicale. Je serais incomplet si je ne suivais M. Folet dans cette partie de son observation.

Notre confrère choisit la taille périnéale, et les raisons qui le décidèrent sont absolument inattaquables. Le siège du calcul appelait ce mode opératoire. Sa situation pouvait être exactement précisée par le cathétérisme, que l'on ne pouvait compléter en poussant l'instrument jusque dans la vessie. La sonde était en effet arrêtée

par la pierre, bien qu'elle pût se glisser entre elle et la paroi inférieure du canal; mais le toucher rectal et la palpation du périnée donnaient des renseignements décisifs. « Le doigt sentait à travers la partie inférieure de la paroi antérieure du rectum un corps dur et volumineux, à grand diamètre transversal, plus développé à droite qu'à gauche. Le palper périnéal donnait également la sensation de cette même tumeur dure ovoïde. »

Le corps étranger venait donc pour ainsi dire au-devant de l'instrument; il n'était plus séparé de l'extérieur que par l'épaisseur des parties molles du périnée, et le col de la vessie, depuis longtemps franchi, ne pouvait être mis en cause pendant l'acte opératoire.

C'est, nous le savons, dans l'extraction de la pierre à travers le col que se trouve le principal et si grave danger de la taille périnéale, danger qui s'accroît en raison directe de l'âge du malade et du volume de la pierre. C'est en grande partie pour l'éviter que plusieurs de nos collègues et moi-même sommes revenus à la taille hypogastrique. Les résultats obtenus ont été très supérieurs à ceux des tailles périnéales pratiquées dans les mêmes conditions, et je suis de ceux qui pensent que la section suspubienne sera de plus en plus substituée à la voie périnéale; mais je ne saurais méconnaître que la taille est et sera toujours une des plus graves opérations de la chirurgie. Le fait important de M. Folet et son brillan succès ne sauraient déposer contre cette proposition. Ce n'est point, je me hâte de le dire, la pensée de l'auteur; mais il n'en reste pas moins acquis que dans le cas qu'il nous communique la section périnéale était l'opération de choix, et qu'aucune autre ne pouvait être raisonnablement proposée.

Un chirurgien de la valeur du professeur de clinique externe de la Faculté de Lille ne pouvait avoir à cet égard la moindre hésitation. Aussi, en appelant l'attention de la Société de chirurgie sur cette nouvelle contribution à nos travaux, ai-je surtout pour but de proposer à notre compagnie de s'adjoindre un auxiliaire aussi précieux. M. Folet est candidat au titre de membre correspondant, le travail actuel vous est adressé à l'appui de cette candidature. Votre rapporteur est donc dans son rôle en formulant le vœu de voir vos suffrages donner rang dans notre Société à l'honorable professeur de Lille. Il vous propose en outre le dépôt de son observation aux archives.

M. Desprès. Il y aurait peut-être intérêt à dire que nous avons déjà une observation semblable dans nos bulletins de 1865.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Pied plat valgus par impotence musculaire, avec manifestations douloureuses et inflammatoires au niveau de la malléole externe et de l'articulation péronéo-tibiale inférieure,

Par M. Terrillon.

Certaines affections du pied reconnaissent pour cause primitive une lésion du système musculairo ou du système nerveux.

L'histoire des pieds bots prouve que plusieurs variétés de cette déformation ne reconnaissent pas une autre origine.

Enfin, depuis les travaux de Duchenne et de M. le professeur Gosselin, nous savons que le valgus pied plat acquis est le résultat de l'impotence d'un certain nombre de muscles de la jambe, principalement du long péronier latéral.

Cette déviation du pied avec aplatissement de la voûte a comme effet très fréquent de provoquer une lésion douloureuse de l'articulation médio-tarsienne, d'où le nom de tarsalgie donné par M. Gosselin à l'ensemble de la maladie.

Celle-ci comprend trois stades, ou plutôt trois étapes, qui peuvent se résumer de la façon suivante : 1° impotence du long péronier; 2° consécutivement aplatissement de la voûte du pied et renversement en dehors ; 3° chez les adolescents ainsi prédisposés, qui marchent d'une façon exagérée, survient la douleur médio-tarsienne ou tarsalgie.

Telle est la façon dont se développe le plus souvent cette affection, ainsi que Duchenne l'a démontré.

Il est évident que, malgré sa fréquence, la maladie dont il s'agit a été longtemps méconnue, avant que ses diverses phases fussent rattachées ensemble et qu'on eût démontré la filiation des phénomènes. Le traitement lui-même n'est devenu rationnel et puissant que lorsque l'on a été fixé sur la cause première d'origine musculaire.

Je désire appeler l'attention sur une affection du pied toute autre que la tarsalgie, mais qui reconnaît pour origine une altération semblable de certains muscles de la jambe avec pied plat. Seulement ici les phénomènes douloureux ou inflammatoires, au lieu de se montrer dans l'articulation médio-tarsienne, occupent la malléole externe et l'articulation péronéo-tibiale inférieure. On ne peut donc la confondre avec la maladie décrite par Duchenne et par M. Gosselin.

J'ai observé trois malades adolescents, deux garçons et une fille, qui tous trois se plaignaient non seulement d'une fatigue

très grande en marchant, mais aussi d'une douleur vive au niveau de la malléole externe, vers son sommet; un autre point douloureux existait au niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, laquelle était plus ou moins malade.

Un examen superficiel pouvait donc faire supposer qu'il s'agissait là d'une affection primitive survenue au niveau de la malléole externe ou de son voisinage. Cependant ce fait seul que la maladie était bilatérale indiquait déjà qu'il fallait chercher une cause plus générale.

En effet, lorsque le malade était debout, on voyait aussitôt que la voûte du pied était affaissée et aplatie. En même temps, il était facile de constater que le pied, fortement renversé en dehors, était disposé de telle sorte que le calcanéum venait appuyer par sa face externe contre la pointe de la malléole. Celle-ci, continuellement comprimée, était le siège d'une douleur vive, sur laquelle les malades appelaient l'attention. Celle-ci apparaissait pendant la marche et était plus accentuée, et il y avait fatigue.

D'après ce simple exposé, il était évident qu'il s'agissait ici d'une double affection, d'une part un pied plat acquis, de l'autre une maladie portant sur la malléole externe et l'articulation qui unit inférieurement la paroi au tibia.

Mais il s'agissait de savoir si ces deux lésions étaient isolées, ou si, au contraire, elles étaient solidaires l'une de l'autre; en un mot, si l'une, primitivement développée, n'avait pas engendré la seconde.

Pour arriver à résoudre cette question, je vais d'abord étudier la nature de ce pied plat valgus, ainsi que son origine. Il sera facile alors de faire comprendre comment cette première maladie, une fois développée, la seconde a pu en être la conséquence certaine, et je dirai même presque obligatoire.

Chez mes malades, le pied plat n'était pas douteux; et il suffit de regarder les empreintes prises sur du papier recouvert de noir de fumée pour s'en convaincre. Le pied était fortement renversé en dehors, et l'axe prolongé de la jambe venait tomber en dedans du bord interne du pied.

Or, la cause de ces désordres dans l'attitude du pied était manifestement due à l'impotence ou atonie de contraction du long péronier latéral, du court péronier et surtout du jambier antérieur.

Avec les courants induits et surtout avec les courants continus, il est facile de constater que les muscles que je viens de citer présentaient les signes évidents d'une atonie certaine ou d'un demi-fonctionnement incomplet. Ils répondaient mal à l'excitation, et offraient souvent un retard de contraction considérable.

Ces examens ont été faits sur un de mes malades par le

Dr Boudet, de Paris, fort expert dans les affections du système nerveux qui relèvent de l'emploi de l'électricité.

L'impotence de ces muscles, et aussi des groupes voisins, quoique d'une façon moindre, était encore rendue manifeste par l'exploration directe des mouvements volontaires.

Enfin, j'ajouterai qu'il s'agissait bien là d'une affection acquise, car l'électrisation des muscles et même la volonté du malade suffisaient pour rendre au pied sa cambrure et sa position normale. L'usure des chaussures et surtout des talons, du côté interne, telle qu'elle avait été remarquée depuis quelques mois, indiquait bien que ce désordre n'existait pas auparavant.

La première maladie dont étaient atteints mes malades était donc évidemment une impotence des muscles de la jambe, ayant provoqué une double déformation du pied, aplatissement de la voûte et renversement exagéré en dehors.

Passons maintenant à l'étude des lésions constatées du côté de l'extrémité inférieure du péroné.

Du côté de la malléole externe, on constate les phénomènes suivants :

Une douleur plus ou moins persistante, s'accompagnant de gonflement vers le sommet de la malléole externe. Cette douleur devient très vive pendant la marche, et diminue ou disparaît par le repos.

En même temps existe une douleur assez vive au niveau de l'articulation tibio-péronière inférieure. Le ligament de cette articulation est distendu et permet une motilité anormale assez considérable de la malléole externe. La mortaise tibio-péronière est, par ce fait, moins serrée qu'à l'état normal, et permet des mouvements de latéralité de l'astragale.

Chez la jeune fille que j'ai eu à soigner, une arthrite légère de l'articulation péronéo-tibiale inférieure existait du côté gauche. Mais à droite, cette même articulation était le siège d'une arthrite plus grave, qui était devenue fongueuse.

Aussi, chez chacun de mes malades, l'altération de l'articulation se présentait à des degrés divers, depuis la simple douleur, au moment de la marche, avec laxité légère du ligament interosseux, jusqu'à l'arthrite simple, avec gonflement et même arthrite d'apparence fongueuse.

Connaissant ainsi les deux termes du problème, les deux lésions principales étant ainsi bien établies, il est facile de se rendre compte du mécanisme par lequel le valgus pied plat a été la cause des désordres malléolaires.

Continuellement et fortement renversé en dehors, le calcanéum a contusionné par sa face externe le sommet de la malléole externe.

En même temps il sollicitait, ainsi que l'astragale, l'extrémité inférieure du péroné à s'écarter du tibia. Le ligament péronéo-tibial inférieur, continuellement tiraillé, a cédé en partie, mais en subissant une irritation qui se manifestait par la douleur, une motilité anormale et un certain degré d'arthrite.

Ce rapport existant entre les deux affections est rendu manifeste, par ce fait que le remuement du pied et l'impotence ont précédé l'apparition de la douleur au sommet de la malléole, et que celle-ci a précédé pendant quelque temps les phénomènes qui survinrent du côté de l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Chez mes trois malades, j'ai pu suivre la marche de la maladie et ses différents degrés avec la plus grande précision. Comme je l'ai dit en commençant, un rapprochement s'impose immédiatement; c'est celui qui consiste à comparer la maladie telle que je viens de la décrire avec l'affection décrite par Duchenne, de Boulogne, et le professeur Gosselin, sous le nom de *valgus pied plat douloureux* ou tarsalgie des adolescents. Ici même point de départ, aplatissement du pied et renversement en dehors; mais la maladie articulaire secondaire est tout autre dans la maladie de Duchenne, puisqu'il s'agit d'une lésion douloureuse de l'articulation médio-tarsienne. Tandis que chez mes malades c'est l'articulation péronéo-tibiale qui est malade; la médio-tarsienne est au contraire intacte. On peut se demander à quoi tient cette différence dans le résultat secondaire. Pour moi, la différence de localisation dans l'articulation malade secondairement tient à ce fait que, dans le valgus pied plat douloureux de Duchenne, le long et le court péronier sont seuls impotents, ce qui permet l'aplatissement du pied et un léger renversement en dehors.

Dans les cas dont je parle actuellement, non seulement le long péronier est impotent, mais aussi le jambier antérieur, lequel a pour rôle principal de relever le bord interne du pied. Sous l'influence de cette double parésie musculaire, le pied, non seulement s'aplatit, mais se renverse en dehors. Cette dernière déviation est telle qu'elle permet au calcanéum de venir appuyer sa face interne contre le sommet de la malléole externe. Enfin, le pied était renversé dans sa totalité; l'avant-pied n'est pas seul dévié, et l'articulation médio-tarsienne ne subit aucun tiraillement. J'aurais encore à discuter l'origine primitive de cette affection. S'agit-il ici d'une lésion musculaire en voie de formation, succédant à la fatigue chez des adolescents, faut-il au contraire voir dans ces cas une lésion nerveuse primitive, probablement d'origine médullaire?

Cette dernière hypothèse est la plus probable, à cause de la bilatéralité des lésions, de leur origine lente et survenue sans cause, et aussi par ce fait que l'électrisation de la moelle a paru donner

de bons résultats. Boudet, de Paris, qui m'a dit avoir observé deux cas semblables aux miens, croit aussi à la lésion médullaire, passagère, mais réelle.

Le traitement qui a été suivi chez deux de mes malades, et principalement chez un dont j'observe la maladie depuis un an avec le professeur Brouardel, découle directement du diagnostic étiologique que j'avais fait.

Il poursuivait un double but et répondait à une double indication.

Le première consistait à soulager le malade pendant la marche et à empêcher ou diminuer l'arthrite péronéo-tibiale. Pour cela, j'ai fait porter à mon malade une bottine à deux montants, articulés au niveau du cou-de-pied, mais en ayant soin de disposer une courroie large et souple, embrassant la partie inférieure de la jambe et retenant celle-ci le plus énergiquement possible contre le montant externe. Cet appareil a été fabriqué par M. Monlon. Le pied ne peut plus se renverser, et toute irritation dans la région malléolaire est aussitôt évitée; aussi le malade marchait sans douleur.

La seconde indication du traitement est de redonner aux muscles leur tonicité normale.

Pour cela l'emploi des courants induits et surtout des courants continus, agissant plus spécialement sur la nutrition, a donné d'excellents résultats. Comme moyens adjuvants, les douches sur les jambes, le massage, ont aussi agi avec avantage.

On pouvait suivre sur les empreintes obtenues, en appliquant la plante du pied sur une feuille de papier noircie, la marche heureuse de cette médication, qui a fait disparaître assez rapidement l'aplatissement du pied et son renversement exagéré.

Sur le premier malade, que je n'ai vu qu'en passant, les résultats ne furent pas suivis assez longtemps.

Mais pour le jeune garçon que je vois avec M. Brouardel, on peut suivre la marche de l'amélioration du côté de la plante du pied au moyen des tracés que je vous fais voir.

La jeune fille a présenté une particularité intéressante : le pied gauche, qui était atteint d'une arthrite légère au niveau de la malléole externe, a pu être traité avec succès, et les muscles redressés avec soin ; aussi l'empreinte de la plante montre une amélioration considérable.

Au contraire, l'empreinte du côté droit, celui qui était atteint d'une arthrite fongeuse de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, est restée stationnaire. La cause de cette différence vient de ce qu'on n'a pu pratiquer de ce côté ni électrisation, ni massage, ni douche, à cause de l'état de l'arthrite.

Le but principal de cette communication est de montrer que certaines affections du pied qui semblent primitives ne sont que des

affections secondaires. Déjà plusieurs étaient connues, mais je crois avoir démontré qu'il en existe d'autres non encore décrites.

J'ai appelé l'attention sur ce fait que la recherche de la maladie primitive, souvent éloignée et difficile à reconnaître, a une grande importance, car c'est en la reconnaissant, et alors seulement qu'on l'a reconnue, qu'un traitement rationnel peut être institué.

Enfin, je crois que cette maladie, composée de plusieurs éléments faciles à relier ensemble, n'est pas très rare, puisque en peu de temps j'ai pu recueillir trois observations, et mon ami le Dr Boudet, de Paris, a vu deux cas semblables. Il est donc probable que la connaissance plus exacte des différents états de cette affection permettra plus tard de la reconnaître facilement et de la traiter rationnellement.

Discussion.

M. Trélat. M. Terrillon vient d'établir, dans la variété de tarsalgie qu'il nous a décrite, les trois phases successives du pied plat valgus douloureux classique ; il y en a une quatrième qu'il a omise, c'est la phase de subluxation.

Pour ma part, j'ai beaucoup étudié cette question, et bien souvent je suis arrivé à reconstituer les différentes phases de l'affection, ce qui exige toujours une analyse longue et minutieuse. C'est ainsi qu'il m'est arrivé plusieurs fois de signaler la grande variabilité du siège des douleurs éprouvées par les malades, et que je désigne sous le nom d'arthralgies.

Tantôt la douleur était médio-tarsienne, d'autres fois elle était tibio-tarsienne, etc., de telle sorte qu'en définitive, ainsi que Duchenne, de Boulogne, l'a fait déjà entrevoir, il n'y a pas plus de fixité dans le siège de la douleur que dans l'origine première de la maladie.

Sans doute, c'est le groupe péronier qui est le plus souvent malade primitivement, et c'est l'arthralgie médio-tarsienne que l'on observe ; mais la maladie peut également débuter par le jambier antérieur ou le jambier postérieur, et la douleur siéger en un autre point du tarse.

J'ai en ce moment un malade chez lequel la cause première du mal est justement le jambier postérieur; par la suite, il s'est produit de la contracture des muscles opposés, des raideurs articulaires et des déformations. Je suis parvenu à localiser ces diverses lésions en utilisant successivement l'exploration électrique des muscles, ce qui indique leur impotence mais non leur raideur, et la chloroformisation qui permet de reconnaître les raideurs musculaires e articulaires.

Grâce à l'emploi de ces méthodes, j'ai montré chez mon malade que la déformation du pied pouvait être facilement rectifiée à l'aide du chloroforme et du massage, et que, pendant les manœuvres nécessaires à cette rectification, on percevait de légers craquements articulaires indiquant que l'on rompait un certain nombre d'adhérences. Cela fait, j'ai immobilisé le pied dans une position convenable, j'ai électrisé les muscles faibles, et au bout d'un mois le malade était guéri.

Chez un de mes malades actuels, je n'ai pu vaincre, même avec le chloroforme, les résistances résultant de la contracture des muscles et des raideurs articulaires.

En résumé, j'accepte les observations de M. Terrillon, mais je les généralise et je dis que les arthralgies qui accompagnent certains pieds plats valgus ont un siège variable, qui n'est pas toujours celui indiqué par M. Gosselin dans les divers travaux qu'il a publiés sur ce sujet. Quant à la cause première de la maladie, elle résulte d'une impotence fonctionnelle portant sur certains groupes de muscles, variables pour chaque cas particulier, mais qui entraînent toujours à leur suite des contractures et des raideurs articulaires.

Le traitement de ces divers accidents consiste à vaincre les raideurs par le chloroforme et le massage, puis à achever la guérison en appliquant des appareils et en électrisant les muscles impotents.

M. Monod. J'observe en ce moment un malade qui, par certains points de son histoire, ressemble aux malades de M. Terrillon. C'est une jeune fille atteinte également de pied plat douloureux avec impotence du muscle jambier antérieur, et que j'ai examinée en me plaçant au point de vue que vient de vous indiquer M. Terrillon, dont je connaissais les travaux. Or, je n'ai trouvé aucune douleur au niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure; la douleur siège sur le tarse, au niveau de l'articulation calcanéo-astragalienne. Je n'ignore pas que ce fait ne peut être considéré comme fournissant une objection fondamentale à la théorie de M. Terrillon, mais enfin c'est un document contradictoire dont il y a lieu de tenir compte.

Je ferai encore une objection à cette théorie, que je considère comme un peu trop entachée d'iatro-mécanisme : M. Terrillon suppose que la malléole externe presse sur le calcanéum, et que c'est là la cause de la douleur ressentie au niveau de la pointe de la malléole ; mais alors, comment se fait-il que l'on ne constate pas une douleur analogue sur la face externe du calcanéum qui supporte cette même pression.

Ce que je retiens surtout des remarques de notre collègue, c'est

qu'il y a, à côté des tarsalgies décrites par tous les auteurs, d'autres tarsalgies où la douleur siège ailleurs que dans l'articulation médio-tarsienne.

M. Després. Je ne trouve dans la communication de M. Terrillon qu'un seul point nouveau : la douleur à la pression malléolaire, que l'on pourrait constater dans certaines formes de tarsalgie, et qui serait due à la pression de la malléole externe sur le calcanéum.

Cette particularité, cet épiphénomène, pour ainsi dire, suffit-il pour créer une nouvelle espèce de tarsalgie ? Je ne le crois pas.

Quant aux diverses paralysies qui peuvent amener la tarsalgie, elles ont déjà été signalées par Duchenne, de Boulogne, et je les ai rappelées dans un article que j'ai publié sur ce sujet dans la *Chirurgie journalière.*

C'est Duchenne, en effet, qui a montré le premier que la tarsalgie, tout comme le genu valgum, n'était, à son début, rien autre chose qu'une paralysie musculaire. Je suis heureux de reconnaître que M. Terrillon, dans sa communication, a signalé comme il convenait le mérite incontestable de notre compatriote, dont la découverte a été une vraie révélation.

Lorsqu'on arrive au début, quand l'impotence est toute la maladie, il suffit du repos pour que le pied reprenne son attitude normale ; mais la déformation devient irréductible lorsque le malade continue à marcher. On peut même en arriver jusqu'au développement d'une arthrite, dont les symptômes paraissent bientôt constituer toute la maladie.

L'importance de cette arthrite consécutive est quelquefois telle, que M. Gosselin a pu commettre l'erreur, aujourd'hui généralement abandonnée, de la considérer comme l'origine première du mal.

M. Lannelongue. Un des points les plus intéressants de la communication si intéressante de M. Terrillon est certainement celui qui est relatif aux lésions articulaires constatées chez ses malades. Il n'est pas commun, en effet, de voir la tarsalgie s'accompagner d'une arthrite tibio-tarsienne ou péronéo-tibiale, surtout si l'on songe que dans un cas cette arthrite a pu devenir fongueuse. J'avoue même que l'histoire de semblables malades m'a un peu étonné ; aussi demanderai-je à M. Terrillon s'il lui a été possible de suivre ses malades dès le début, et s'il a pu constater directement la succession des phénomènes qu'il nous a décrits.

En d'autres termes, l'arthrite fongueuse a-t-elle bien été la conséquence de la tarsalgie, ou, au contraire, cette arthrite n'a-t-elle pas précédé l'apparition des divers caractères de la tarsalgie : impotence fonctionnelle du jambier antérieur, pied plat, douleur malléolaire.

Cette objection est d'autant plus rationnelle, que les choses se passent généralement ainsi, et que dès lors on pourrait admettre comme origine de l'arthrite le mauvais état général du sujet bien plutôt que la pression exercée par la malléole externe sur la face externe du calcanéum.

M. Berger. Nous ne sommes pas aussi d'accord que semble l'indiquer M. Després au sujet de la pathogénie de la tarsalgie; beaucoup de nous, et je suis du nombre, acceptent encore comme vrai, dans un grand nombre de cas, ce que M. Després appelle l'erreur de M. Gosselin.

M. Després. Sans doute, il y a quelques pieds plats à marche exceptionnelle qui déroutent le chirurgien, mais il en est tout autrement du pied plat valgus douloureux classique, qui est toujours dû à une impotence fonctionnelle.

M. Trélat. L'étude des diverses affections du pied, désignées sous le terme générique de tarsalgie, est toujours difficile, et elle ne peut être faite d'une manière superficielle. Il faut explorer successivement et avec le plus grand soin les articulations, le siège des douleurs, la raideur des muscles, leur contracture, il faut s'informer des commémoratifs, et ce n'est qu'une fois ce travail fait qu'il est possible d'établir si la tarsalgie succède à une impotence musculaire, à une malformation osseuse primitive, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois, ou enfin à une arthrite fongueuse.

M. Le Fort. Je voudrais faire quelques observations au travail de M. Terrillon; je n'ai pas en ce moment sous la main les documents que je voudrais produire devant la Société, aussi demanderai-je la remise de cette discussion à une séance ultérieure.

M. Terrillon. Je répondrai à M. Lannelongue que j'ai étudié longuement mes malades avec l'électricité,que j'ai pris l'empreinte de leur pied, etc.; et c'est ainsi que j'ai pu constater de la manière la plus nette que l'impotence fonctionnelle et la déformation du pied ont précédé de plusieurs mois la douleur de l'arthrite.

J'ajouterai qu'il m'a été possible de suivre, sur une même malade, les divers degrés de sa maladie : celle qui avait une arthrite fongueuse d'un côté, avait une légère arthrite du côté opposé.

Quant à la douleur malléolaire, elle était bien réellement due au frottement du péroné sur le calcanéum pendant la marche, puisque l'application d'un appareil immobilisateur suffisait à la faire disparaître.

Quant au reproche que me fait M. Desprès, de vouloir créer une nouvelle espèce de tarsalgie,je me bornerai à lui répondre que telle n'a pas été ma prétention. Il lui suffira, d'ailleurs, de relire ma communication pour se convaincre que mon intention a été beaucoup plus modeste. Je me suis borné, en effet, à indiquer une manifestation particulière de la paralysie du muscle jambier antérieur unie à celle du long péronier, et j'ai montré qu'elle se rattachait à la tarsalgie, bien que, par ses caractères extérieurs, elle en soit tout à fait distincte. Je ne suis pas allé au delà.

Enfin, si je n'ai parlé ni des déformations articulaires, ni des contractures dont nous a parlé M. Trélat, c'est parce que, chez mes malades, ces symptômes faisaient complètement défaut.

Présentation de malade.

Résection temporaire du nez.

M. Terrillon présente un malade auquel il a pratiqué la résection temporaire du nez, pour enlever une tumeur (épithélioma probable) occupant la région supérieure des fosses nasales au niveau de l'ethmoïde. L'opération a été pratiquée d'après la méthode proposée par Chassaignac, qui consiste à sectionner transversalement les os propres du nez et les parties molles entre les deux sacs lacrymaux. Une section semblable est pratiquée verticalement en suivant l'angle génio-nasal ; et elle comprend la branche montante et l'os propre du nez correspondant. On coupe ensuite verticalement la cloison des fosses nasales. Il suffit ensuite de prendre avec une pince forte, garnie d'amadou, le côté du nez opposé à la section verticale. La branche montante du maxillaire intacte est alors brisée et renversée violemment. L'organe ainsi détaché devient mobile et semble attaché au côté sain comme par une charnière, et il est maintenu sur la joue.

Des sutures portant seulement sur les parties molles ont suffi à réunir les parties déplacées et à les remettre dans leur place naturelle.

Grâce à cette ouverture large, qui permet de voir profondément dans la partie supérieure des fosses nasales, l'ablation de la tumeur devient facile.

Le malade, âgé de cinquante-neuf ans, s'était aperçu du début de la maladie, il y a environ huit mois. Petit à petit, les narines furent obturées, il survint quelques épistaxis, des douleurs fron-

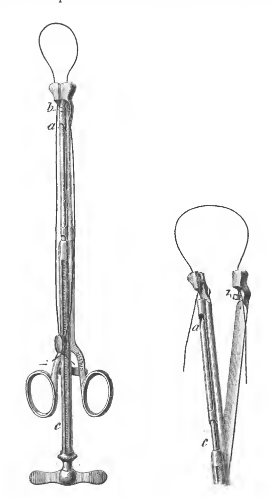
tales, et enfin une légère exophtalmie de l'œil gauche. L'opération fut pratiquée le 29 novembre. Des tampons furent appliqués dans l'intérieur des fosses nasales pour empêcher l'hémorragie. Ces tampons furent enlevés le second jour.

Le 8 janvier, le malade est complètement guéri, l'air passe facilement par les deux fosses nasales : la réunion osseuse est complète et celle des parties molles ne laisse que des traces insignifiantes.

M. Terrillon insiste sur ce fait qu'il n'a pas eu besoin, pour pratiquer cette résection temporaire, d'un outillage spécial, et que de fortes pinces coupantes ont suffi pour sectionner le squelette.

Présentation d'instrument.

M. Guyon présente un porte-ligature construit par M. Collin et destiné à l'ablation des polypes utérins. On sait combien il est souvent difficile de placer un fil de métal à la base d'un polype ;



dans ce nouvel instrument, une pince dont les mors creusés reçoivent le fil métallique permet de disposer l'anse autour de la tumeur, quand les branches sont rapprochées, après que celle-ci a été bien saisie à sa base, on pousse le serre-nœud (*cc*), qui avance par glissement ; on fixe solidement les deux mors au moyen d'un ver-

rou (*ab*). Le fil est ensuite fixé au curseur et on tourne la vis pour opérer la section. Cet instrument réunit donc en un seul le porte-ligature et le serre-nœud, et il paraît devoir favoriser notablement l'opération en vue de laquelle il a été établi.

La Société se réunit en comité secret à 5 heures 10.

Le secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 16 janvier 1884.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Le Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° Le Fascicule n° 1 du tome VII de la *Pathologie externe* de Follin et Duplay.

3° *De l'anus contre nature,* mémoire adressé par M. Fort, de Rio-Janeiro.

4° Premier fascicule du tome XXIII de la *Revue des sciences médicales* de Hayem.

5° *De la luxation du poignet en avant par cause directe. Irréductibilité,* par M. Dieu, de Blidah. (Rapporteur, M. Chauvel.)

A l'occasion du procès-verbal.

Du pied plat valgus douloureux.

M. LÉON LE FORT. Dans la dernière séance notre collègue M. Terrillon nous a communiqué quelques faits dans lesquels une arthrite des articulations péronéo-astragalienne et péronéo-tibiale inférieure avait été, suivant lui, la conséquence d'un pied plat valgus douloureux.

Je partage sur l'interprétation de ces faits l'opinion émise par M. Lannelongue. J'ai beaucoup de tendance à croire qu'il s'agit dans ces cas d'une arthrite primitive ayant amené à sa suite ces atrophies musculaires, ces lésions ligamenteuses si fréquentes dans les arthrites, aboutissant dans cette circonstance à l'affaiblissement de la voûte du pied, à un certain degré de valgus, et l'existence de l'arthrite explique facilement les douleurs.

Pour que je puisse admettre que ces arthrites constituent un degré en quelque sorte ultime du pied plat valgus douloureux, il nous faudrait voir ces malades passer successivement par les diverses périodes d'une affection, mal connue je crois dans son essence et son point de départ, mais bien étudiée et bien connue dans ses symptômes principaux. Or, je ne trouve pas dans les observations que nous a fait connaître M. Terrillon la succession de ces symptômes, de ces états pathologiques. D'ailleurs, il me paraît difficile d'admettre que cette arthrite soit le résultat direct de la pression de la face externe de l'astragale sur la face interne du péroné, que l'astragale repousserait en dehors. Nous devrons la rencontrer dans le pied bot valgus, et si tant est qu'elle ait été observée, nous pouvons dire qu'elle est absolument exceptionnelle.

Quoiqu'il en soit, ce n'est pas, à proprement parler, pour répondre à la communication de notre collègue que j'ai demandé la parole. M. Terrillon nous a produit deux observations intéressantes, il nous a fait connaître des faits qui méritent de fixer l'attention et qui provoqueront sans nul doute des observations ultérieures. Mais, à propos du traitement employé, à propos de la faradisation et de la galvanisation du muscle long péronier latéral, M. Terrillon a rappelé les idées qui règnent sur le mode d'apparition et sur la cause du pied plat valgus douloureux; M. Després avec sa vivacité ordinaire a insisté énergiquement sur la défense de la théorie proposée par Duchenne, de Boulogne; or comme je ne crois pas exacte cette théorie, comme je ne puis admettre non plus comme tout à fait conforme aux faits celle de M. Gosselin; comme j'ai sur ce point depuis plus de dix ans des idées un peu différentes de celles qui ont cours dans la science, comme dix années d'observation les ont fortifiées et qu'elles ont été confirmées par le résultat d'un traitement particulier, je vous demande la permission de vous les exposer puisque l'occasion se présente; cette occasion je la saisis d'autant plus volontiers que, si tous mes élèves connaissent les idées que je professe et le traitement que j'emploie, si Dolbeau, auquel je les avais communiquées les avait, en mon nom, exposées dans son cours à la Faculté, je ne les ai encore consignées dans aucun travail particulier.

Le simple énoncé des théories encore en présence pour expliquer

la production du pied plat valgus douloureux suffit à montrer combien est profond le désaccord qui règne sur ce point.

Duchenne, de Boulogne, par l'emploi de la contraction faradique, avait confirmé l'opinion de Sœmmering (*De corpis humani fabrica*, t. 3, p. 317-1795), qui disait que le long péronier latéral rend la plante du pied creuse et qu'il presse contre le sol le premier et le second métatarsien; toutefois, c'est Duchenne qui montra le premier que la contraction du jambier antérieur efface la courbure plantaire. Entraîné sans nul doute par le résultat de ses recherches, Duchenne attribua uniquement à la paralysie du long péronier latéral la production du pied plat. Dans une première période, cette paralysie laissant prédominer l'action du jambier antérieur, le pied devient plat et l'avant-pied se dévie non en valgus, mais en varus. Puis dans une seconde période survient, sans que rien ne l'explique, la contracture du court péronier, de l'extenseur commun des orteils, et le pied dans sa totalité se renverse, se dévie en valgus.

N'est il pas extraordinaire de voir, sans cause appréciable, deux muscles en partie congénères dans leur action, deux muscles animés par le même nerf, le poplité externe, être simultanément, l'un paralysé, l'autre contracturé. Mais il y a plus, le raisonnement ne saurait prévaloir contre l'observation; or, beaucoup d'observateurs ont constaté, et je l'ai constaté moi-même chez quelques-uns de mes malades, que le muscle long péronier latéral, loin d'être paralysé, était au contraire contracturé aussi bien que le court péronier. M. Gosselin n'accepte pas la théorie de l'impotence du muscle long péronier latéral. Bonnet, de Lyon, est allé plus loin, car, après avoir combattu en présence de certains faits cliniques, la théorie de Duchenne, de Boulogne, il a proposé et pratiqué la section sous-cutanée des tendons péroniers. Cependant, messieurs, il est incontestable que dans un certain nombre de cas la faradisation a paru rendre service au malade, sinon même le guérir; moi-même j'y ai eu recours quelquefois avec avantage. J'examinerai plus loin comment on peut expliquer cette action utile de l'électricité, cette utilité ne suffit pas pour me faire accepter la théorie de Duchenne, qui a contre elle l'observation des faits; je ne nie pas, du reste, que dans des cas absolument exceptionnels on ne puisse rencontrer des pieds plats dus à la paralysie du muscle long péronier latéral, mais je ne les ai jamais rencontrés; et pour moi, le pied plat valgus douloureux avec son cortège habituel de symptômes est dû à une autre cause.

Pour M. Gosselin, la cause de la maladie est tout autre. Pour lui, du reste, il semble que l'élément prédominant soit la douleur, aussi caractérise-t-il la maladie par le nom de tarsalgie, et il semble englober dans la même description la tarsalgie avec pied valgus,

mais creux, et la tarsalgie avec pied plat valgus. Il admet du moins pour l'une et l'autre variété une même origine, l'arthrite.

Dans sa première observation, il y a du valgus, mais la voûte plantaire est conservée, il y a contraction persistante des deux péroniers. « C'est, dit-il, une maladie singulière dont la nature et les lésions anatomiques sont encore imparfaitement connues, et qui a trois caractères cliniques dominants : une douleur provoquée surtout par la marche prolongée, une déviation en dehors ou valgus, et une contraction prolongée ou contracture des muscles antérieurs et externes de la jambe, ou, si vous aimez mieux, de tous les muscles animés par le nerf poplité externe (p. 203). » Pour M. Gosselin, la douleur précède la contracture.

Ici on pourrait encore dire que la contradiction avec la théorie de Duchenne n'est pas absolue, puisqu'il s'agit d'un pied creux, et que, dans ce cas, on ne saurait rencontrer la paralysie du long péronier latéral; mais M. Gosselin défend la même théorie de l'arthrite dans sa seconde observation, où cette fois il s'agit bien d'un pied plat valgus douloureux. Pour lui, il y a trois périodes dans l'évolution des symptômes : 1° douleur sans contracture; 2° douleur avec contracture passagère; 3° douleur avec contracture prolongée et valgus. Cette fois, M. Gosselin n'explique guère comment l'arthrite, qui amène la douleur, amène aussi la contracture.

Il croit que les nerfs plantaires comprimés déterminent des contractions réflexes. Cette explication n'est pas admissible. La compression et la contracture devraient exister dans le pied plat congénital ou acquis sans valgus, ce qui n'est pas; et d'ailleurs, malgré l'abaissement de la voûte plantaire, les nerfs échappent à la compression. Si M. Gosselin reste dans le doute quant aux causes de la douleur, il est très explicite à l'égard de la paralysie du long péronier latéral. « Je n'accepte pas, dit-il, la théorie de l'impotence, parce que l'étude clinique et anatomique de la maladie ne la confirme pas. »

Je ne veux examiner ici que le mode de production du pied plat valgus douloureux et vous dire quels résultats m'a donnés une thérapeutique particulière basée sur l'étude des causes et des lésions fonctionnelles qui m'ont paru provoquer cette maladie.

L'affaissement de la voûte du pied, le pied plat proprement dit, est fréquent chez les gens de la campagne ; il est tellement fréquent que dans le langage ordinaire on a fait de ce vice de conformation purement physique un qualificatif qui s'applique à une sorte d'infirmité intellectuelle et morale ; *pied plat* est au figuré l'équivalent de rustre, d'homme sans éducation. Or, cette conformation particulière du pied n'est pas elle-même une cause de douleur, je dis plus, elle n'a pas sur la durée de la marche l'influence

qu'on serait tenté de lui attribuer d'après ce qu'on peut observer dans le service militaire. Permettez-moi, sur ce point, une courte digression qui me facilitera ce que j'aurai à dire du pied plat brusquement acquis des adolescents, du pied plat valgus douloureux.

Si les races du Nord ont en général la cambrure du pied beaucoup moins marquée que les races méridionales, les enfants de nos paysans naissent cependant avec les pieds normalement conformés. Lorsqu'on les retrouve plus tard avec la voûte du pied plus ou moins affaissée, on peut constater que le pied a sa direction normale, et qu'il ne présente aucun degré de valgus; c'est le pied plat simple. Quelle peut être la cause de cet affaissement graduel de la voûte plantaire ? Je n'hésite pas à l'attribuer à l'absence ordinaire de chaussures. La semelle, toujours plus ou moins cambrée, et d'autant plus résistante que le soulier est plus fort et plus grossier, contribue à maintenir la voussure du pied ; chez l'homme qui marche pieds nus, cette voûte, que maintiennent surtout les ligaments si puissants de la face inférieure du pied, n'ayant plus de soutien extérieur, s'affaisse peu à peu en même temps que le pied s'élargit transversalement; et c'est là un point capital, cet effet se produit peu à peu, et insensiblement; aussi ce changement de forme n'éveille-t-il aucune douleur, aucune contraction musculaire du côté des péroniers, et le valgus ne se produit pas.

Remarquons enfin que l'homme de la campagne qui marche pieds nus appuie généralement sur un sol plus ou moins meuble, dans lequel le pied trace facilement son empreinte, que ce pied, que rien ne gêne, se développe librement sur le sol pendant la marche. Si le paysan atteint d'un pied tout à fait plat est trop souvent impropre au service militaire, parce qu'il ne peut faire de longues marches, c'est parce que son pied, enfermé dans des chaussures dont il connait à peine l'usage, se trouve alors dans des conditions fâcheuses. La saillie du scaphoïde presse sur la semelle, les petites articulations des os du pied sont immobilisées, le jeu des muscles est modifié et la fatigue survient rapidement. Que cet homme soit réformé, et vous pourrez très souvent le retrouver dans son village, pieds nus, cette fois, et accomplissant sans peine les marches les plus longues. Ce n'est pas seulement pour ménager ses chaussures que le paysan, en tenue de fête, fait la route les souliers à la main, pour ne les remettre qu'à l'entrée du village.

Si, maintenant, abordant l'histoire du pied plat valgus douloureux, nous étudions les conditions dans lesquelles il se produit, nous retrouvons deux éléments communs à presque tous les malades. Le malade est un adolescent de 16 à 18 ans, il exerce une de ces professions qui exigent non les longues marches, mais la station debout pendant presque toute la journée, interrompue seulement

par une déambulation plus ou moins souvent répétée dans un espace restreint.

Les domestiques, tels que les valets de chambre ou les garçons d'hôtel, les garçons de café, de marchands de vin, d'épicerie, forment la grande majorité des malades atteints de pied plat valgus douloureux.

Le relevé de mes observations, du moins de celles qui m'ont été remises par mes élèves, met bien en évidence l'influence de l'âge et de la profession sur l'apparition du pied plat valgus douloureux.

1872. — Davogne, 25 ans, décorateur.
1873. — Oudard, 16 ans, commis de librairie.
1874. — Robillet, 17 ans, garçon de café.
» Réal, 28 ans, serrurier.
1875. — Cabat, 17 ans, peintre.
» Leroy, 16 ans, charron.
1876. — Burdin (Louis), 17 ans, garçon marchand de vin.
» Rouvier, 16 ans et demi, garçon épicier.
» Haath, 18 ans, serrurier en voitures.
» Levorki, 16 ans, casquetière (femme).
1877. — Boudin (Pierre), 17 ans, domestique.
» Merceret, 17 ans, garçon marchand de vin.
» Malvaud, 17 ans, garçon de café.
1878. — Durand, 18 ans, domestique.
» Bourbon, 35 ans, journalier.
1879. — Gabriel, 16 ans, garçon boucher.
1880. — Margerand, 17 ans, garçon épicier.
» Coppin, 19 ans, garçon marchand de vin.

Je dois y ajouter un homme de 50 ans environ dont j'aurai a parler tout à l'heure.

Pourquoi cette prédominance des garçons de café, marchands de vin et autres? pourquoi cette prédominance de l'adolescence, prédominance si remarquable que, sur dix-huit malades réunis par le hasard dans mes salles, 14 avaient de 16 à 18 ans, un était âgé de 19 ans et qu'il n'en est que trois ayant dépassé cet âge. C'est que l'adolescence est, à Paris, l'âge de l'apprentissage pour les individus exerçant ces professions; c'est à cet âge qu'ils ont commencé ces longues stations diurnes et nocturnes dans la boutique de l'épicier, autour des tables d'un café. Mais n'est-il pas d'autres professions dans lesquelles le jeune ouvrier reste ainsi debout devant un métier pendant la plus grande partie du jour? Sans doute, mais il y a pour ces domestiques d'hôtel, ces garçons de café une particularité qui a dès le début vivement appelé mon at-

tention. L'ouvrier qui va à son atelier y garde ses chaussures, toujours à semelles plus ou moins fortes, parce qu'il traverse les rues par tous les temps et parce que les fortes chaussures durent plus longtemps; le garçon de café porte des souliers le plus souvent découverts, toujours à semelles assez minces, presque toujours sans talon et sans aucune cambrure. Le garçon d'hôtel, le domestique porte des pantoufles. Quelle relation y a-t-il donc entre la spécialité de profession, le genre de chaussures, l'âge et l'apparition du pied plat valgus douloureux.

Quand l'homme est dans la station verticale, tout est admirablement disposé pour que cette attitude puisse être gardée avec le minimum de contraction musculaire. La jambe repose sur le sommet de la voûte formée par le pied, et cette voûte est maintenue par la seule présence des ligaments si puissants de la face plantaire. Le genou conserve sa rectitude sans l'intervention du triceps, grâce au mode d'insertion des ligaments latéraux, placés en arrière de la courbure à grand rayon de la partie antérieure des condyles fémoraux. Si les reins sont un peu cambrés, le ligament de Bertin empêche le bassin de basculer en arrière, et les ligaments jaunes maintiennent, sans intervention de l'action musculaire, la rectitude de la colonne vertébrale.

Quelque parfait que soit ce mécanisme, il n'en subsiste pas moins ce fait qu'une position quelconque ne peut être conservée longtemps sans une certaine fatigue, si la contraction musculaire entre en jeu; sans une certaine douleur, si la traction sur les ligaments est trop continue ou trop énergique.

Chez le garçon de café qui, vers 16 ou 17 ans, débute dans la carrière, la voûte plantaire, jusque-là soutenue par l'aide de chaussures à semelles plus ou moins fortes, perd ce soutien accessoire lorsque les souliers à semelle mince et sans talons remplacent le soulier ordinaire. Les ligaments plantaires, peu habitués à supporter toute la journée et à eux seuls le poids du corps, se laissent distendre, et cet effet est surtout marqué pour le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur; le scaphoïde tourne un peu sur l'astragale, s'abaisse, et son apophyse devient plus saillante. La voûte du pied s'affaisse. Peut-être s'y joint-il, comme le veut M. Gosselin, un léger degré d'arthrite qui expliquerait encore mieux ce ramollissement partiel et l'allongement des ligaments ; sous l'influence des tiraillements exercés sur les ligaments, peut-être même de l'arthrite, des douleurs à la pression se montrent, et dans la plupart de mes observations la douleur est notée sur le bord interne du pied, soit au niveau de l'articulation du scaphoïde avec les cunéiformes, soit le plus souvent au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

Cette douleur ne se révèle guère qu'à la pression, et c'est pour

des douleurs toutes différentes que le malade vient réclamer nos soins. Au début, le malade peut remplir ses fonctions, seulement il remarque que le soir il a dans la jambe, vers le cou-de-pied, des douleurs plus ou moins vives. Bientôt ces douleurs se montrent après trois ou quatre heures de service, puis au bout de deux heures et même d'une heure. Un peu de repos assis la fait disparaître, et de nouveau la marche est pénible ; puis les intervalles de validité diminuent ; la fatigue, la douleur, deviennent incessantes, et le malade est obligé d'interrompre sa profession.

Pourquoi ces douleurs si caractéristiques ? Voici comment je crois pouvoir les expliquer, en même temps que l'apparition du valgus.

La voûte du pied n'étant plus maintenue par la seule action des ligaments plantaires, le malade cherche à son insu à y suppléer par la contraction musculaire, spécialement par la contraction du long péronier latéral. Or, toute contraction anormale amène rapidement de la douleur, toute contraction prolongée devient facilement et rapidement de la contracture. Le malade peut d'abord contracter légèrement ses péroniers et n'éprouver à la fin de la journée qu'une fatigue plus ou moins forte ; puis, au fur et à mesure que la voûte s'efface, la contraction devenant plus énergique, la douleur et la fatigue arrivent plus vite, la contracture, non plus seulement des péroniers, mais de tout le groupe musculaire, succède à la contraction, le court péronier latéral relève le bord externe du pied, relevé du reste par le long péronier ; la contraction du jambier antérieur contribue à effacer la voûte plantaire, et si, malgré la contracture du long péronier latéral, la voûte plantaire ne se déforme pas, c'est que le muscle est impuissant à lutter contre la modification de forme effectuée. Cette contracture du long péronier, je l'ai constatée dans plusieurs de mes observations, et j'ai constaté parfois de plus l'inefficacité de sa contraction sous l'influence de la faradisation. Ainsi, dans le cas de Burdin, garçon marchand de vins, âgé de 17 ans, il est expressément noté que la contraction énergique du long péronier latéral faradisé ne modifiait pas la forme du pied.

Le pied plat des paysans n'est accompagné ni de valgus, ni de douleurs, tandis que chez l'adolescent et dans les conditions d'âge et de profession où nous rencontrons d'ordinaire le pied plat, il s'accompagne de contracture, de valgus et de douleurs. C'est que, chez les premiers, la déformation de la plante du pied débute dès l'enfance, qu'elle s'est produite lentement, et que peu à peu les muscles se sont accommodés à cette viciation de la forme du pied. Chez les autres, au contraire, c'est en quelque sorte tout à coup, par un changement brusque dans les habitudes de stationnement

et de marche, dans la forme et la nature des chaussures, que la voûssure du pied a été modifiée. L'action musculaire est entrée en jeu avec une énergie assez continue et parfois assez grande pour amener des douleurs, de la contracture, et par suite le renversement du pied en valgus. Ainsi donc, pour moi, si dans quelques cas rares que je ne veux pas nier, mais que je n'ai pas observés, le pied plat valgus douloureux peut être produit par la paralysie isolée du long péronier latéral, il provient d'ordinaire d'un allongement des ligaments de la face inféro-interne du pied sous l'influence des longues stations chez les adolescents portant des chaussures à semelles minces et non cambrées; peut-être aussi cet allongement est-il facilité par une légère arthrite, comme le professe M. Gosselin. L'affaissement graduel de la voûte plantaire dans sa partie interne en est la conséquence. Pour maintenir cette voûte qui s'affaisse, les péroniers se contractent, cette contraction amène d'abord de la fatigue, puis de la douleur; la contracture succède à la contraction, elle porte non plus seulement sur les péroniers, mais sur les muscles animés par le nerf poplité externe, et le valgus s'ajoute au pied plat.

Au début de mes études sur ce sujet, je n'avais pas encore les opinions que n'ont pas tardé à me donner l'observation attentive des circonstances qui accompagnaient l'apparition de la maladie et des symptômes de la maladie elle-même, opinions fortifiées bientôt par une thérapeutique particulière.

Croyant plus à la contracture qu'à la paralysie, j'employai les courants continus et comme méthode perturbatrice, la faradisation. J'obtins parfois une amélioration, qui dans quelques cas fut notable, mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'il fallait tenir compte, dans la guérison, d'une donnée thérapeutique importante, le repos, et quelquefois l'immobilisation du pied dans un appareil silicaté.

Lorsqu'en 1875 je fus arrivé peu à peu à attribuer la maladie aux causes que j'énumérais tout à l'heure, je songeai à employer d'autres moyens thérapeutiques.

Puisque l'affaissement de la voûte du pied était le phénomène primordial, le point de départ des accidents, je cherchai à la rétablir par un moyen artificiel. Il me parut que si je rétablissais artificiellement la voûte plantaire, les ligaments distendus, obéissant à cette loi générale qui veut que tous les tissus relachés se rétractent, se raccourciraient, et que la solidité des articulations tarsiennes serait rétablie. Je fabriquai moi-même, en liège, une sorte d'étançonnage de la voûte, en taillant une plaque de liège épaisse de deux centimètres à son point le plus élevé et de cette même hauteur au niveau du bord interne du pied, longue de 7 centimètres environ, finissant en mourant en avant et en arrière, aussi bien

que sur son bord externe. Cette sorte de saillie en dos d'âne, analogue à la plaque de liège qu'on place à l'intérieur des chaussures orthopédiques employées contre le pied valgus, en différait notablement par une longueur beaucoup moindre et une hauteur beaucoup plus considérable. Elle formait en quelque sorte le moule d'une voûte de pied normale. Cette pièce de liège mise en place, je la fixai par un appareil silicaté embrassant le pied et le bas de la jambe, et je la laissai à demeure souvent pendant plusieurs semaines, le malade, pendant les premiers temps, étant maintenu dans le repos au lit.

Bientôt je m'aperçus que les malades qui s'étaient levés malgré ma défense, même au début du traitement, marchaient sans fatigue et sans douleur toute la journée. Je cessai donc de les tenir au lit, et je pus constater que le rétablissement seul de la voûte du pied par ce moyen unique suffisait à faire disparaître tout symptôme fâcheux ; je me demandai également si, au lieu d'employer cette semelle intérieure dont je garnissais quelquefois le soulier du malade lorsqu'il sortait de l'hôpital, je ne pouvais pas employer des chaussures ordinaires à forte semelle très fortement cambrée, en maintenant la cambrure par une lame métallique placée entre deux épaisseurs de cuir. Un jour le hasard me fit trouver chez un bottier du passage des Panoramas des lames métalliques destinées précisément à cet usage ; mais j'appris qu'elles n'étaient pas employées dans un but thérapeutique, et qu'elles étaient spécialement utilisées pour la chaussure des dames espagnoles, dont le pied est en général fortement cambré.

Ayant dans mon service un jeune malade atteint de pied plat valgus douloureux, je voulus me borner à l'usage de ce moyen prothétique. Je fis faire par un cordonnier des bottines ayant dans la semelle une lame d'acier à laquelle je fis donner la cambrure voulue. Il suffit à ce malade de porter ces chaussures pour pouvoir marcher sans aucune douleur toute la journée. Malheureusement ce moyen est un peu coûteux dans la pratique hospitalière, les bottines me coûtèrent 40 francs ; je fis promettre au malade sortant de l'hôpital de venir me donner de ses nouvelles au bout de quelque temps. Peut-être eut-il peur qu'on lui reprît ses chaussures ; toujours est-il que je ne le revis jamais, et je ne fus pas tenté de renouveler cette expérience pécuniairement dangereuse hors des murs de l'hôpital. Ce que je puis affirmer, c'est que ce moyen si simple de l'étançonnage de la voûte plantaire employé seul me donna toujours les meilleurs résultats. Suffit-il pour assurer la permanence de la guérison, je ne puis le savoir, n'ayant vu revenir aucun de mes malades sortis guéris. J'ai tout lieu de croire cependant que le retour à l'emploi de chaussures non cam-

brées et à semelles minces peut ou doit amener des récidives ; du moins j'en ai eu un exemple qui a trait à un homme de 40 à 45 ans.

Cet homme, contremaître de l'atelier de polissage des glaces à Chauny, passait toute la journée dans les ateliers et ne portait d'ordinaire que des pantoufles. Bientôt il fut pris de tous les symptômes caractéristiques du pied plat valgus douloureux, et comme la compagnie de Saint-Gobain tenait beaucoup à ses services, on me l'adressa à Paris, où je le fis entrer dans mon service à l'hôpital Beaujon.

Je n'employai pas d'autre traitement que la plaque de liège maintenue par un appareil inamovible ; le malade ne cessa jamais de se promener dans l'hôpital, et les douleurs avaient de suite disparu ; après un mois de séjour, je le renvoyai après avoir fait fixer dans ses chaussures une plaque de liège en dos d'âne, de 1 centimètre dans sa plus grande hauteur. Retourné à Chauny, il reprit son service et put en supporter toutes les fatigues ; mais après deux mois, se croyant guéri, il crut pouvoir revenir à l'usage des pantoufles ; peu de temps après les douleurs, la fatigue, reparaissaient ; il revint à l'usage de la bottine garnie et à semelle résistante, et le médecin de la compagnie, mon ami le Dr Moussette, qui m'envoyait les détails de la récidive, m'apprenait que la reprise des chaussures avait permis la libre reprise du travail.

En résumé, ne croyant pas à la paralysie du long péronier latéral, je ne crois pas que sa faradisation amène par elle-même la guérison, sauf peut-être dans les cas que je n'ai pas eu occasion de voir et dans lesquels cette paralysie pourrait exister. Cette concession m'est dictée par la prudence, mais dans les cas ordinaires la paralysie n'est pas la cause de l'effacement de la voûte, et la faradisation n'agit que comme méthode perturbatrice, en modifiant peut-être la sensibilité propre du muscle. Dans tous les cas, elle a été, dans presque toutes les observations publiées, puissamment aidée par un repos plus ou moins complet et prolongé pendant lequel la contraction du muscle n'avait plus de raison d'être.

Je crois, d'après ce que j'ai observé, que le rétablissement artificiel, mécanique, de la voûte plantaire est le véritable traitement du pied plat valgus douloureux.

M. Verneuil. Il me paraît impossible de ranger tous les pieds plats valgus douloureux dans la même catégorie. Pour mon compte, je crois pouvoir en admettre trois catégories parfaitement distinctes :

Une d'elles est la conséquence de la contracture primitive des péroniers. Je l'ai observée presque exclusivement sur les jeunes

filles, et le diagnostic en est généralement facile. Le pied est dévié, et quand on essaye de le ramener dans l'adduction, on constate que la chose est très difficile, en raison de l'obstacle invincible apporté par les péroniers.

Cette variété de pied plat est si bien la conséquence d'un spasme, que, dans quelques cas, j'ai pu faire céder l'obstacle par des pulvérisations éthérées à la surface de la région péronière, pulvérisations qui, comme vous le savez, réussissent souvent à détruire les spasmes de muscles sous-cutanés.

La seconde variété est d'ordre paralytique, mais la paralysie porte sur les muscles jambiers, et non, comme le voulait Duchenne, de Boulogne, sur les péroniers latéraux. Les malades atteints de cette variété de pied plat ont dans leur lit un pied de forme irréprochable, mais s'ils marchent il se produit à l'instant même affaissement de la plante et déviation du pied en dehors.

C'est qu'en effet le maintien du pied dans l'axe de la jambe, tout comme le maintien de la cavité plantaire, sont surtout dus à la tonicité des muscles adducteurs. Au début, cette variété est indolore, mais plus tard elle devient douloureuse par le fait du tiraillement incessant des ligaments plantaires sous l'influence de la marche ou de la station debout un peu prolongée.

Enfin, il y a les pieds plats douloureux primitivement liés à une arthrite. M. Gosselin a peut-être un peu trop exagéré le nombre des cas de ce genre, mais leur existence est incontestable.

J'ajouterai, en terminant, qu'au point de vue étiologique l'affection me paraît liée à l'arthritisme bien plus qu'à la scrofule. Je n'en veux pour preuve que la facilité avec laquelle elle se développe chez les adolescents qui travaillent au froid humide, dans des sous-sols malsains et peu aérés.

M. Trélat. Le pied plat douloureux est bien réellement, ainsi que je l'ai déjà dit, un sujet obscur. On le voit, du reste, à la différence des sentiments qui viennent d'être exprimés à son égard.

Ce que vient de nous dire M. Le Fort est du plus haut intérêt, et j'en ai été frappé; mais cependant je crois qu'il peut être fait de sérieuses objections aux considérations qu'il vient de développer.

Le pied, nous dit-il, devient très fréquemment plat chez les campagnards qui marchent pieds nus. Nous voyons cependant, et je l'ai bien souvent constaté, que cette difformité est des plus rares chez les paysans savoyards ou pyrénéens, dont les pieds sont sveltes et bien conformés, bien qu'ils marchent le plus souvent pieds nus, et que même les enfants appartenant aux classes aisées marchent pieds nus à l'école.

M. Le Fort nous a dit que la maladie était la conséquence des fatigues de l'apprentissage au moment de l'adolescence, surtout lorsque la profession embrassée par l'enfant le condamne à marcher avec des pantoufles et des escarpins.

Sans doute, ces conditions sont extrêmement favorables au développement du mal, mais elles ne suffisent pas.

Les garçons marchands de vin, par exemple, chez lesquels on observe un grand nombre de pieds plats douloureux, font cependant usage des chaussures de tout le monde.....

M. Le Fort. Ils les mettent pour venir à l'hôpital, mais ils ne s'en servent pas pendant leur travail.

M. Trélat..... Par contre, les ouvriers imprimeurs portent des savates, et cependant les pieds douloureux sont très rares chez eux; de même la position sociale ne met pas à l'abri de l'infirmité.

J'ai observé deux pieds plats douloureux développés sur deux enfants d'une famille jouissant cependant d'une excellente situation de fortune.

Il y a donc autre chose que la chaussure et la profession qui puisse expliquer le pied plat douloureux. Peut-on, comme le dit M. Verneuil, considérer l'exposition au froid humide comme un nouveau facteur dont il y aurait lieu de tenir compte? Je serais assez disposé à l'admettre, si je m'en rapporte du moins à un cas que je viens d'observer tout récemment.

Il s'agit d'un jeune garçon de dix-neuf ans, apprenti conducteur de bateaux, auquel, depuis le mois de septembre dernier, on fait laver des bateaux. Cet enfant, qui avait toujours bien marché jusqu'alors, a été atteint de pied plat six semaines après que, par le fait de son nouveau travail, il a été exposé à l'humidité.

M. Tillaux. Nul doute qu'il n'y ait plusieurs lésions du pied qui puissent produire la déviation, la contracture et la douleur de la tarsalgie. L'arthrite, par exemple, peut produire ces phénomènes, ce qui n'a rien d'étonnant, puisqu'elle est susceptible de les produire partout ailleurs.

Mais si l'on considère surtout, dans la discussion actuelle, la variété du pied plat décrite par M. Le Fort, et qui est propre aux adolescents en apprentissage, il est certain que dans ces cas il n'y a pas d'arthrite au moment où débute la maladie. Dans ce cas, la vraie théorie, à mon sens, est celle que j'ai développée dans mon Traité d'anatomie, et qui se rapproche beaucoup de celle développée par M. Le Fort.

C'est surtout dans les ligaments de la face plantaire qu'il faut chercher la cause de la lésion.

Je ne vais pas plus loin dans l'explication, et je ne sais pas si c'est la chaussure ou toute autre cause qu'il faut incriminer ; mais ce que je sais, c'est que la maladie se produit surtout sur les adolescents qui sont trop longtemps debout.

Dans ces conditions, il se produit tout d'abord un certain degré d'affaissement de la voûte plantaire, et les ligaments qui maintiennent cette voûte à l'état normal sont tiraillés. Les muscles se contractent instinctivement pour suppléer à l'action insuffisante des ligaments, et il en résulte une contracture qui, temporaire d'abord, devient constante au bout d'un certain temps.

La meilleure preuve que dans ces circonstances il ne s'agît pas d'arthrites, c'est que les douleurs, quelle que soit leur intensité, cessent immédiatement lorsque le malade est couché.

Quant à la paralysie des péroniers latéraux comme maladie primitive, je n'y crois guère, parce que je guéris mes malades sans employer la faradisation de leurs muscles. Il m'a toujours suffi d'immobiliser les membres malades après avoir redressé la difformité en employant le chloroforme, si cela est nécessaire.

Maintenant, en ce qui concerne le pied plat, il faut savoir qu'il en existe plusieurs catégories, et que tous ne sont pas douloureux, tous ne déterminent pas de la gêne dans la marche. Un des meilleurs marcheurs que j'ai connus était atteint d'un pied plat congénital. Il est probable que, dans ce dernier cas, les os, les ligaments, les muscles, sont disposés de façon à ce qu'ils ne soient pas tiraillés par le poids du corps.

M. Marc Sée. Mes observations personnelles me permettent de confirmer les conclusions de M. Le Fort. Les pieds plats sont plus fréquents parmi les gens du Nord que parmi les gens du Midi, et cependant les gens du Nord, contrairement à ceux du Midi, marchent généralement avec des chaussures. Il est vrai qu'ils sont plus grands et que, par conséquent, le poids que supportent leurs pieds est plus considérable.

De plus, ils ont généralement les pieds grands, et quand à cette conformation se joint un faible développement musculaire, ces deux conditions sont très défavorablos à la solidité de la voûte plantaire, d'où la plus grande fréquence du pied plat chez ces individus.

M. de Saint-Germain. J'appuie la méthode thérapeutique proposée par M. Le Fort, c'est-à-dire l'usage de chaussures spéciales, avec semelles en dos d'âne. J'ai souvent remarqué que l'emploi de ces chaussures amenait presque toujours un soulagement immédiat des malades atteints de tarsalgie.

Une observation qui vient également à l'appui de cette manière

de voir est la suivante : Les jeunes repasseuses, dont la profession exige la station debout très longtemps prolongée, sont fort sujettes, comme vous le savez, à la tarsalgie, mais les inconvénients de cette tarsalgie varient du tout au tout suivant la période de leur existence.

Dans une première période, alors que, relativement sages, elles sont forcées de porter des chaussures éculées, elles sont très sujettes aux douleurs de la tarsalgie ; mais plus tard, dans une seconde période, alors qu'ayant écorné leur capital elles achètent des bottines bien faites, ces inconvénients disparaissent.

L'escarpin est donc, à n'en pas douter, une chaussure défavorable, mais M. Le Fort a peut-être été un peu trop sévère pour la pantoufle. Les bouchers et les charcutiers, qui se trouvent longtemps debout, se servent habituellement de pantoufles, et cependant la tarsalgie est très rare chez eux.

M. Després. Je reviendrai plus longuement sur le sujet. Je désire seulement combattre, en présence de M. Le Fort, sa théorie ligamenteuse du pied plat valgus douloureux.

Les malades auxquels a fait allusion M. Le Fort sont des malades atteints de pied plat, c'est-à-dire arrivés à la dernière période du valgus douloureux. Je rappelle ces périodes : 1° contracture apparente des extenseurs ; 2° aplatissement de la voûte du pied ; 3° luxation du scaphoïde sur l'astragale, et pied plat confirmé. Si M. Le Fort avait vu ses malades au début, il serait absolument de l'avis de Duchenne, de Boulogne, et du nôtre. Mais n'a-t-il pas vu des petits malades de la ville, de dix à quinze ans, comme j'en ai vus, qui présentaient le premier degré du valgus douloureux (car il y a des valgus pied plat chez les riches comme chez les pauvres). L'électrisation du long péronier latéral, une bottine latérale, une bottine lacée serrant bien le cou-de-pied, guérissent ces malades avec le temps.

Ce qui me ferait penser que M. Le Fort n'a vu que des pieds plats confirmés, c'est qu'il a dit que l'électrisation du long péronier latéral ne reproduisait pas la cambrure du pied. Mais je le crois bien, à ce moment elle n'est plus possible, la luxation du scaphoïde s'y oppose.

La théorie ligamenteuse du pied valgus, comme la théorie de la contracture des extenseurs, que Nélaton avait adoptée sous le nom de crampe du pied, sont des erreurs d'interprétation : ou bien on prend un effet du mal pour sa cause, ou bien on prend un des symptômes du début pour le mal.

Je ne voudrais encore invoquer contre la théorie ligamenteuse qu'un argument. Comment se fait-il qu'au moment où le pied

commence à s'aplatir on voie le pied reprendre sa cambrure quand le malade est couché ? Personne ne voudra admettre que les ligaments sont élastiques comme du caoutchouc, car ils ne le sont pas : une fois allongés, ils ne se raccourcissent jamais, tandis qu'avec la théorie musculaire il nous suffit d'admettre l'inaction des antagonistes du long péronier latéral pour comprendre que la cambrure du pied reparaît pendant le repos.

Quant à l'action du coussin de liège pour empêcher le pied de s'aplatir, je l'ai vu chez des malades de la ville et un à l'hôpital ; il n'avait remédié à rien. Et c'est à cause de l'insuccès du remède qu'ils étaient venus me trouver.

Un dernier mot : Duchenne a bien prononcé le mot : paralysie, mais il a écrit aussi le mot : impotence, dans le mémoire sur le sujet qu'il a publié en 1872 dans les *Archives de médecine*.

La suite de la discussion est remise à une séance ultérieure.

Lecture.

Guermonprez, de Lille, donne lecture d'un travail sur les *mutilations de la main*, qui est renvoyé à l'examen de M. Richelot.

Présentation d'instrument.

M. Perier. Messieurs, je viens vous présenter une canule à trachéotomie munie d'un sac en caoutchouc propre à fermer dans la trachée le passage aux liquides qui pourraient s'y introduire par le larynx. C'est un perfectionnement de la canule à tamponnement, et ce perfectionnement est dû au malade à qui la canule était destinée.

Ce malade, homme de 50 ans, porte depuis plus d'un an une canule à demeure ; il y a quelques mois, il fut fort incommodé par l'impossibilité d'ingurgiter des liquides sans qu'à chaque mouvement de déglutition il ne s'en introduisît une quantité importante dans la trachée. Ce passage des liquides pouvait être attribué soit à un trouble fonctionnel de l'orifice du larynx, soit à une perforation faisant communiquer le larynx et le pharynx, ou la trachée et l'œsophage ; en tout cas, je conseillai au malade de se faire faire une canule à tamponnement, pour boucher la trachée chaque fois qu'il prendrait son repas ou qu'il voudrait boire.

Les premières canules qu'on lui fit présentèrent des difficultés

d'introduction presque insurmontables; une autre difficulté résultait de l'altérabilité du caoutchouc, qui aurait mis rapidement l'instrument hors de service.

Le malade, après des modifications successives, est arrivé à faire construire par la maison Collin une canule qui présente les avantages suivants : son calibre intérieur reste suffisamment large pour les besoins de la respiration, le sac en caoutchouc qui l'entoure est si bien appliqué autour de la canule externe, qu'il ne peut s'en détacher, soit à l'introduction, soit à l'enlèvement; enfin, il en est indépendant et peut être renouvelé à volonté. On peut le remplir d'air ou d'eau simple ou colorée, à l'aide d'une petite seringuo graduée qui permet de limiter la quantité employée.

Je crois cet instrument supérieur à ceux du même genre fabriqués jusqu'à ce jour, et je ne doute pas qu'il ne puisse rendre de grands services dans les trachéotomies où l'hémorragie est inquiétante, et je ne serais pas étonné qu'il fît bientôt partie de toute boîte à trachéotomie.

En ce cas, je proposerais de lui donner le nom de canule de Gariel, du nom de l'inventeur.

Élections.

A deux places d'associés étrangers; votants, 28.

M. Corradi obtient	28 voix.
M. Souppait	28 —

MM. Corradi et Soupart sont élus.

A deux places de correspondants étrangers; votants, 28.

M. Julliard obtient	27 voix.
M. Lucas	27 —

MM. Julliard et Lucas sont élus.

A trois places de correspondants nationaux:

Premier tour; votants, 30.

M. Queirel obtient	20 voix.
M. Dieu	17 —
M. Malherbe	14 —
M. Folet	11 —
M. Jeannel	9 —
M. Guerlain	5 —

M. Guermonprez	2 —
M. Poulet	2 —
M. Villeneuve	2 —
M. Bertin	1 —
M. Eustache	1 —
M. Maurel	1 —
M. Olivier	1 —
M. Turgis	1 —

Deuxième tour; votants, 27.

M. Malherbe obtient	11 voix.
M. Folet	10 —
M. Jeannel	4 —
M. Guerlain	2 —

Troisième tour; votants, 27.

M Follet obtient	15 voix.
M. Malherbe	12 —

MM. Queirel, Dieu et Folet sont élus.

La Société se réunit en comité secret à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

CH. PÉRIER.

Concours pour le prix Laborie, rapport de M. CHAUVEL.

Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. POLAILLON, TERRIER, GILLETTE, NEPVEU et CHAUVEL, rapporteur, je viens vous rendre compte des travaux présentés à la Société pour le concours du prix Laborie. Aucun sujet, cette année, n'avait été imposé aux concurrents, aussi les quatre mémoires soumis à notre examen portent sur autant de questions différentes. Si cette liberté rend plus difficile la tâche de la commission, plus pénible également le rôle du rapporteur, elle a l'avantage de permettre aux concurrents de traiter des sujets de leur goût et d'utiliser leurs recherches personnelles. Disons de suite que tous les mémoires de cette année ont trait à des points de chirurgie actuellement à l'étude, et qu'à défaut d'une solution, parfois impossible, les auteurs se sont efforcés de nous donner de ces problèmes un exposé com-

plet. Les suivre dans cette voie m'entraînerait trop loin. Je me contenterai donc d'une analyse rapide, me bornant à insister sur la valeur scientifique des travaux et à discuter, s'il y a lieu, le bien fondé de leurs conclusions.

Le mémoire inscrit sous le nº 1 a pour titre : *Étude clinique sur les adénites consécutives aux lésions osseuses et articulaires*, et pour devise : *Labore*. Il comprend deux parties : la première consacrée aux *Adénites consécutives aux lésions tuberculeuses des os et des jointures;* la seconde aux *Adénites consécutives à quelques lésions osseuses et articulaires non tuberculeuses*. Nous ne discuterons pas la valeur du terme *adénite* employé par l'auteur pour exprimer l'hypertrophie simple ou, comme il l'admet, la dégénérescence tuberculeuse des ganglions lymphatiques. Ces adénites fongueuses, dont Bonnet, Richet, Cruveilhier, ont à peine soupçonné l'existence, sont nettement signalées par Cauchois et Lannelongue, par Polaillon et Nélaton (1883) en France, par Sand en Angleterre (1868) et Volkmann (1879) en Allemagne; mais ces chirurgiens insistent sur leur rareté relative comparativement aux dégénérescences ganglionnaires qui accompagnent si rapidement les tumeurs carcinomateuses. Ollier, tout au contraire, démontre leur fréquence et les signale très nettement comme empêchant toute opération d'être radicale.

C'est dans la pratique d'un chirurgien de Lyon, c'est dans les salles de l'Hôtel-Dieu de cette ville que l'auteur a puisé toutes les observations qui servent de base à son mémoire. Avec Weber, il admet que l'extension d'une tuberculose localisée aux tissus sains peut se faire par la voie lymphatique, bien que la lymphite tuberculeuse typique n'ait jamais été par lui constatée. A l'appui de cette opinion, il apporte seulement deux autopsies où l'examen histologique a démontré la présence de cellules géantes dans les ganglions en rapport avec les parties malades.

C'est là, il nous semble, se contenter de preuves bien minimes. Aussi peu convaincantes sont les 46 observations cliniques de son mémoire, observations, pour la plupart, très concises et rédigées sans aucun soin. Il suffit à l'auteur de constater l'absence de cicatrices caractéristiques d'adénites antérieures, l'indolence des hypertrophies ganglionnaires, pour admettre leur nature fongueuse. Et cependant, dans 3 cas seulement il n'existait ni suppuration des parties malades, ni application de révulsifs sur la région, conditions qui peuvent à elles seules amener le développement d'adénites idiopathiques ou inflammatoires. C'est surtout chez des sujets relativement jeunes (36 sur 46 n'avaient pas 30 ans) et dans des arthrites fongueuses que ces adénites se développent. La hanche (6), le genou (9), le pied (8), le coude (8), enfin le poignet

(12), étaient les jointures le plus souvent affectées; les ganglions de l'aine et de l'aisselle se montraient presque uniquement atteints, à l'exclusion du ganglion épitrochléen et des ganglions poplités, dont la dégénérescence est exceptionnelle, et, pour ces derniers, d'une constatation très difficile, en raison de leur siège profond.

Cependant l'auteur du mémoire, s'appuyant sur les observations incomplètes et auxquelles manque l'appui d'examens anatomiques, n'hésite pas à poser les conclusions suivantes :

1° Dans la majorité des cas de lésions articulaires ou osseuses dites fongueuses (pour lui ce terme est l'équivalent de tuberculeuses), les ganglions correspondants sont augmentés de volume, indolents dans certains cas suppurés ;

2° Il est rare de constater des traînées de lymphite tuberculeuse ;

3° L'examen des ganglions tend à démontrer que leurs modifications d'aspect et de volume sont dues à des lésions tuberculeuses consécutives à l'affection osseuse ou articulaire ;

4° Il n'y a pas d'opération véritablement radicale, et si l'on préfère l'amputation à la résection, ce sont d'autres considérations que la pensée qu'on enlève tout ce qui est tuberculeux qui doivent guider le chirurgien ;

5° Nous ne pensons pas qu'il y ait d'assimilation à établir cliniquement entre l'adénite fongueuse secondaire et les lésions ganglionnaires consécutives aux tumeurs malignes. Dans le premier cas, les modifications de l'état général sont surtout efficaces; dans le deuxième, l'opération est l'unique ressource ;

6° Cependant, il nous semble rationnel de chercher à diminuer les chances ultérieures d'infection, en enlevant, chaque fois qu'on pourra le faire utilement et sans grand danger pour le malade, les masses ganglionnaires qui paraissent dégénérées.

La seconde partie du mémoire s'occupe : *Des adénites consécutives à quelques lésions osseuses et articulaires non tuberculeuses.* Dans les 15 cas observés je relève : 8 ostéites ou ostéo-myélites avec séquestres, 3 arthrites hémorragiques, 2 arthrites rhumatismales, 1 hydarthrose. L'auteur, dans 25 fractures simples, a noté l'absence d'adénopathie, pendant que 5 fractures compliquées s'accompagnaient d'un gonflement léger des ganglions correspondants. De ces faits, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les lésions inflammatoires des os s'accompagnent d'une tuméfaction des ganglions correspondants, généralement supérieure à celle signalée dans les lésions tuberculeuses;

2° L'adénite est loin d'être complètement indolente; elle ne s'accompagne pas de suppuration. Ces divers caractères peuvent servir à la distinguer cliniquement de l'arthrite fongueuse;

3° Dans les lésions articulaires non fongueuses il ne paraît pas y avoir de retentissement ganglionnaire.

Bien que renfermant en apparence de nombreuses observations, ce mémoire, dans les conclusions de sa première partie, ne s'appuie en réalité que sur deux autopsies. Dans ces deux cas, l'examen histologique a démontré dans les ganglions indurés l'existence de follicules tuberculeux et de cellules géantes. Est-ce une preuve suffisante aujourd'hui de la nature spécifique des lésions ? Tous ne l'admettent pas. Dans les autres observations il n'y a que simple présomption, car les signes donnés, et en particulier l'indolence des tumeurs,ne sont rien moins que pathognomoniques. De plus, la rédaction du travail est très négligée, l'étude de la symptomatologie incomplète, la thérapeutique à peine discutée. Les conclusions de l'auteur sont trop précises, comparativement aux faits mal déterminés sur lesquels elles s'appuient. Malgré soi, pour ainsi dire, la lecture du mémoire vous reporte à la devise de sa première page : *Labore;* et volontiers l'on dirait à son auteur, *travaille*, le succès est à ce prix.

De la tuberculose, nous passons à la syphilis avec le mémoire n° 2, qui porte pour titre : *Gommes et scléroses syphilitiques des lèvres*, et pour épigraphe : *Nos syphilidem in nostris ludis appellavimus* (Fracastor). C'est dans la rareté de ces lésions à peine signalées par Bouisson, Nunn, Berg, Meunier, c'est dans la confusion possible avec le lupus et surtout avec l'épithélioma que réside tout l'intérêt de leur étude. Parfois le diagnostic est des plus délicats, et c'est après avoir vu dans le service de M. le professeur Verneuil un fait de ce genre que l'auteur eut l'idée d'entreprendre son travail. Grâce à la bienveillance des médecins de l'hôpital Saint-Louis, en particulier de MM. Vidal, Fournier et Lallier, il a pu réunir 47 observations, dont 40 inédites. Elles se décomposent ainsi : ulcération dentaire, 1 ; œdème syphilitique des lèvres, 1 ; gommes, 18 ; syphilomes en nappe et scléroses, 25 ; scléro-gommes, 2. C'est en s'appuyant sur ces faits nombreux et recueillis avec le plus grand soin que l'auteur a tracé l'histoire de ces lésions.

Tout en admettant, avec Reclus et Malassez, la coexistence possible de la gomme et de la sclérose, il faut reconnaître que la *gomme circonscrite* et la *gomme diffuse* ou le syphilome en nappe se rencontrent d'habitude isolément. Plus fréquentes chez l'homme, ces altérations se développent d'ordinaire de la 10e à la 15e année de la syphilis, et sans aucun rapport avec la gravité des premiers accidents. Mais pendant que les 3/4 des gommes circonscrites ont pour siège la lèvre supérieure, c'est au contraire à la lèvre inférieure que l'on constate les 3/4 des syphilomes en nappe. Presque toujours, les mêmes lésions existent en même temps à la langue ;

aussi, n'ayant pas d'autres pièces à sa disposition, l'auteur décrit les altérations anatomiques de la sclérose d'après les préparations de Broca, faites sur des langues atteintes de syphilis. Six planches, dessinées avec la plus scrupuleuse exactitude, montrent les phases diverses du processus dans ses deux périodes d'infiltration hypertrophique et de rétraction ou d'atrophie.

Il nous paraît inutile d'insister sur le tableau symptomatique que l'auteur trace du syphilome des lèvres. Les caractères de la gomme circonscrite n'offrent ici rien de spécial, et le diagnostic est sans difficulté. Il n'en est pas de même du syphilome en nappe, qui peut être aisément confondu avec l'épithélioma si commun de la lèvre inférieure. Les conditions d'âge, de sexe, d'hérédité, de siège; les antécédents; la marche, le siège, la multiplicité des lésions; l'absence de douleurs et d'adénopathie; les caractères de l'ulcération; la consistance des parties; la coexistence habituelle d'altérations analogues de la langue, tels sont les éléments principaux du diagnostic différentiel. Enfin, l'influence du traitement spécifique et, au besoin, l'examen anatomique d'une parcelle du tissu morbide permettront au médecin de porter un jugement motivé sur la nature des altérations morbides. De ce jugement ressortent naturellement le pronostic et la thérapeutique, qui ne présentent ici rien de bien particulier.

Sans doute, ce mémoire ne nous apprend rien de très nouveau, et son auteur avoue lui-même s'être fait illusion, tout d'abord, sur la rareté de ces accidents syphilitiques des lèvres. Cependant, en s'appuyant sur des observations nombreuses, bien rédigées, et recueillies avec les plus grands détails, il a pu tracer de ces lésions un tableau clinique plus complet qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. De plus, il s'est contenté de tirer de ses observations les enseignements qu'elles comportent, sans se laisser entraîner à des discussions théoriques; aussi son travail nous semble très digne d'éloges.

Le mémoire inscrit sous le n° 3 nous ramène à une question de pratique chirurgicale des plus intéressantes. Il a pour titre : *De la cystotomie hypogastrique*, et pour devise : *An ad extrahendum calculum, dissecanda ad pubem vesica*. Quand j'écrivais, il y a quelques années, l'article Cystotomie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, je pouvais déjà signaler la faveur toute nouvelle avec laquelle la taille sus-pubienne était accueillie par nombre de chirurgiens. Depuis cette époque, le mouvement n'a fait que s'accentuer, et l'on peut se demander si l'opération de Franco, jadis si critiquée, ne sera pas d'ici peu la méthode générale d'extraction de la pierre, au moins chez l'homme adulte. Ce point de pratique ne peut être jugé que par les faits, par le dépouillement d'observations à la fois nombreuses et détaillées.

Si telle a été la méthode suivie par l'auteur du mémoire n° 3, il est regrettable qu'il n'ait pas réuni dans un tableau ces observations résumées, avec l'indication exacte de leur source. Cette statistique est seulemeut établie pour 57 cas de taille hypogastrique, pratiquée depuis 1870 chez des garçons au dessous de 18 ans; et pour 8 cas de taille sus-pubienne chez la femme.

En dehors de cette critique, nous reconnaissons avec plaisir que le mémoire n° 3 est bien écrit, soigné, d'une lecture facile, précis dans ses conclusions, et qu'il résume nettement l'état actuel de la question. D'après une étude complète des rapports du péritoine avec la face antérieure de la vessie et des modifications que ces rapports subissent sous l'influence de la distension isolée du rectum, de la vessie, ou de ces deux organes en même temps, l'auteur juge que *le refoulement direct du péritoine* est chose nécessaire, surtout chez les sujets maigres et âgés, parce que le ballon rectal de PETERSEN est insuffisant pour le produire au degré désirable. Il est également utile de préparer à l'opération et le malade et la vessie. Entre la taille en deux temps de VERNIÈRE, VIDAL, VALETTE et LANGENBUCH, et l'ouverture immédiate de la vessie, l'hésitation n'est pas permise. Tout plaide en faveur de cette dernière méthode, ainsi que de l'emploi du bistouri. L'incision du thermo-cautère, préconisée par notre collègue THÉOPHILE ANGER, semble offrir plus de dangers que d'avantages réels. Aussi discutable est l'utilité du soulèvement de la paroi vésicale antérieure, soit avec la sonde à dard, soit avec tout autre cathéter. La distension simultanée du rectum et de la vessie doit, au contraire, être employée comme méthode générale, en raison des facilités qu'elle procure.

Après quelques considérations intéressantes sur les difficultés que présente parfois l'extraction des calculs volumineux, adhérents ou enchatonnés, et sur les moyens de les résoudre, l'auteur aborde l'étude du pansement de la plaie et des soins ultérieurs. Il n'admet l'usage de la sonde à demeure que dans la seconde période du traitement, et conseille, dans les premiers jours, le siphon de PERIER, dont les tubes adossés assurent l'écoulement facile des urines. Plus délicate à juger est la valeur de la suture, qu'elle porte sur la plaie pariétale seule, sur la vessie seule, ou sur les deux à la fois. Cependant, une revue complète des procédés de réunion récemment décrits, tout aussi bien que l'analyse des observations, montre que cette manière de faire donne de fort médiocres résultats. Aussi, si l'on se décide à la mettre en usage, doit-on se borner à réunir la plaie pariétale seulement en partie, et éviter avec grand soin de suturer la muqueuse vésicale.

Des multiples accidents imputés à la taille suspubienne, lésion du péritoine, hémorragie, infiltration d'urine et cellulite pel-

vienne, fistule persistante et éventration, il en est un certain nombre dont la fréquence et la gravité ont été exagérées. Quelques-uns ne sont pas le fait de la méthode même, mais la conséquence de fautes opératoires, qu'une exécution plus attentive peut faire le plus souvent éviter. Comme procédé de choix, l'auteur accepte les règles si magistralement établies par le professeur Guyon.

Les indications de la cystotomie hypogastrique sont multiples, et peuvent se ranger sous trois chefs : 1° extraction des corps étrangers de la vessie ; 2° ablation des tumeurs intra-vésicales ; 3° cathétérisme retrograde. Cette dernière nous paraît jusqu'ici devoir être réservée à certains cas exceptionnels et encore à déterminer. Pour l'ablation des tumeurs intra-vésicales, Thompson préfère la voie péritonéale, bien que la route soit moins directe et certainement moins large et moins aisée. Les faits jusqu'à présent permettent difficilement sur ce point un jugement autorisé. Reste donc l'indication principale de toutes les tailles, l'extraction des calculs vésicaux. Sous ce rapport, il est utile de séparer dans l'étude les indications tirées du volume, de la dureté, de la forme et de la situation du corps étranger, de celles qui viennent des conditions de l'opéré ; état du périnée, de l'urètre, de la prostate, du rectum, etc.

En résumé, de l'analyse des faits publiés et de la comparaison des cystotomies hypogastrique et périnéale, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

1° *Chez l'homme.* — *a*). Les deux méthodes se valent à peu près de 40 à 60 ans. Au delà de 60 ans, la cystotomie hypogastrique est préférable. *b*) La cystotomie hypogastrique doit être préférée quand le calcul pèse plus de 60 grammes ou mesure plus de 5 centimètres de diamètre ;

2° *Chez l'enfant mâle.* — Malgré les succès des tailles périnéales, la faible mortalité de la section sus-pubienne plaide en faveur de cette dernière ;

3° *Chez la femme.* — La cystotomie hypogastrique ne doit être mise en usage qu'exceptionnellement chez la femme adulte, et pour des calculs de très gros volume. Chez les femmes jeunes, la question n'est pas résolue.

Cette rapide analyse nous montre que l'auteur du mémoire n° 3 a rempli complètement et d'une façon satisfaisante la tâche qu'il s'était imposée ; après les travaux de Guyon, Monod, Perier, Duchastelet, après la thèse d'Etienne, il était difficile de faire une œuvre originale. Tirer de ces travaux et des faits publiés un enseignement pratique, résumer les données acquises, constater les progrès accomplis et signaler les points encore en discussion était cependant une œuvre utile et digne d'être récompensée.

La lecture du mémoire nº 4 : *Des accidents de l'ostéotomie*, laisse une impression bien différente, et je pourrais dire presque pénible. L'auteur a pris pour épigraphe : *Est modus in rebus.* Je ne lui en ferais pas reproche, s'il nous avait tracé cette *règle*, ce *tempérament*, dont il nous rappelle la nécessité bien connue. Nous verrons qu'il n'en a rien fait. Il est une habitude déjà fort commune que je tiens à combattre ici : mauvaise dans un article de journal, elle me semble déplorable dans un mémoire de concours. Je veux parler de ces abréviations continuelles : *o*, pour ostéotomie; *ap*, pour appareil, et ainsi de suite. De négligence en négligence, en en vient à écrire un français véritablement honteux. Les accidents de l'ostéotomie, d'après l'auteur, peuvent être divisés en trois grandes classes : 1° accidents locaux ou relevant de l'opération; 2° accidents relevant du milieu; 3° accidents relevant de l'opéré. Dans la première classe rentrent : les accidents survenant dans l'os ; brisure du ciseau, dérangement des fragments, hémorragies, production, mortification, élimination de fragments détachés. Avec les ciseaux de Macewen et de Billroth, bien préférables à la scie, les accidents sont moins fréquents; même la production d'esquilles et de séquestres qui n'est relevée que dans 7 0/0 des cas. L'ostéotomyélite n'est signalée que quatre fois avec deux décès.

C'est également dans la première classe que rentrent les accidents articulaires : ankyloses ou raideurs, hémarthroses, synovites, laxité exagérée, accidents peu fréquents et peu étudiés. On les rencontre surtout dans les opérations faites au voisinage des jointures, au genou spécialement. Il me paraît bien difficile de regarder la suppuration des parties molles comme une complication de l'opération, quand il s'agit d'ostéotomies cunéiformes faites avant la méthode antiseptique. Tout au plus les suppurations abondantes, étendues, peuvent-elles aujourd'hui compter parmi les accidents. Il n'en est pas de même de la section des nerfs, des artères, des veines, des muscles, qui peut avoir des suites graves.

Les accidents relevant du milieu sont la pyohémie et la septicémie, presque toujours mortelles; l'érysipèle, la pourriture d'hôpital. A ce propos l'auteur se livre à une digression très étendue sur les poisons septique et pyohémique et sur l'influence néfaste de l'hôpital, que personne ne conteste. Il en conclut qu'il ne faut jamais faire d'ostéotomie dans les salles d'un hôpital.

Dans la troisième classe, accidents relevant de l'opéré et fort rares du reste, l'auteur range 2 cas d'urémie, 2 de tuberculose, 2 de cardiopathie. Il réédite à ce sujet les idées et les doctrines de M. le professeur Verneuil.

En résumé, réunissant les faits de Campenon, Macewen, Bœckel,

MARGARY, SCHULTZER, SCHWARTZ, l'auteur arrive à un total de 1,872 ostéotomies qui donnent : 217 accidents ou 11, 5 0/0. C'est dans les ostéotomies pour cals vicieux (12, 3 0/0), pour le pied-bot (8,1), pour les ankyloses (6,2), que la mortalité est la plus forte; pour le genu valgum elle tombe au-dessous de 1 0/0. En dehors de ces statistiques dont les éléments sont parfois discutables, l'auteur a relevé 165 observations dont le dépouillement donne : 26 accidents légers et 15 graves ou 29 0/0, et 7 morts ou 4, 24 0/0. Sans doute cette proportion est exagérée.

Réunissant ces faits aux précédents, nous trouvons sur 2,037 ostéotomies, 265 accidents, ou 12,8 0/0 dont :

174	accidents légers,	7,5 0/0;
67	— graves,	3,1 0/0;
44	morts	2,1 0/0;

Je remarquerai que plus de la moitié des décès sont imputables à la pyhoémie et viennent de faits antérieurs à l'antisepsie rigoureuse actuellement employée.

Voici maintenant les conclusions résumées du mémoire :

I. — *Aux timides.* L'auteur rappelle que : 1° la mortalité de l'ostéotomie n'est que de 2 0/0; 2° les résultats heureux sont presque la règle ; 3° en raison de son innocuité reconnue et de son indéniable efficacité, l'ostéotomie est *un devoir* dans certaines conditions spéciales de difformités, de lieux et d'individus; 4° par l'hygiène et l'examen attentif des antécédents, il est toujours possible d'éviter les véritables accidents, les seuls redoutables et qui tiennent *toujours* au milieu ou à l'individu.

II. — *Aux audacieux.* Il remet en mémoire que : 1° l'ostéotomie a entraîné 265 fois des accidents divers ; 2° sur 154 fois ces accidents étaient légers, on en compte également 67 graves et 44 mortels; 3° le pansement de Lister ne s'oppose pas toujours aux accidents opératoires imprévus (nécrose, ostéomyélite, gangrène, etc.) ; 4° en dehors du milieu évitable, il est des conditions individuelles qu'on ne sait toujours ni prévoir, ni modifier, et qui peuvent transformer, au moment où l'on s'y attend le moins, en un désastre épouvantable les plus légitimes espérances.

« Quant à nous, ajoute l'auteur, qui n'avons point entrepris ce travail dans un but préconçu, après avoir compulsé tant de faits et trouvé si peu d'accidents; mais, d'autre part, après avoir constaté combien redoutables ils peuvent être; considérant que l'ostéotomie est une ressource aussi efficace que nécessaire, mais qu'elle fait encourir au chirurgien qui la pratique la plus terrible des respon-

sabilités, nous terminerons ces conclusions en rappelant que dans l'abstention comme dans l'action : *Est modus in rebus.* »

Messieurs, en lisant ces conclusions, on se rappelle involontairement le fameux dialogue de Rabelais, et l'on regrette vraiment que, s'adressant successivement aux *timides* et aux *téméraires*, l'auteur n'ait pas trouvé quelques mots pour les *indécis*. Comme je le disais plus haut, il lui appartenait de nous indiquer la *règle* à suivre, et cette règle, nous la cherchons en vain dans ses conclusions. Il ne pouvait guère en être autrement. Du reste, son travail confondant sous la même rubrique des opérations d'une gravité et d'une nature toutes différentes, devait forcément aboutir à des conclusions peu précises. Les résections pour pseudarthroses anciennes ne sont pas comparables aux ostéotomies linéaires ; et ces dernières n'ont pas dans les différentes régions une gravité toujours la même. Engagé dans une mauvaise voie, l'auteur du mémoire n° 4, et nous le regrettons vivement, car son labeur est considérable, a presque entièrement dépensé son temps et sa peine pour n'aboutir qu'à un très médiocre résultat. L'ostéotomie, surtout aussi largement comprise, est une méthode opératoire dont les applications et les indications sont aussi nombreuses que variées ; elle ne saurait être jugée en bloc. Nécessaire, indispensable même dans certains cas, elle est, dans d'autres conditions, d'une utilité discutable. Ici, elle s'impose au chirurgien comme au blessé, quels que soient ses dangers ; là, elle devient presque une opération de complaisance, et d'une utilité contestable. Ce sont ces instructions particulières qu'il était intéressant de préciser, car dénombrer ses accidents ne permet pas de juger une opération. Cependant, comme nous le disions tout à l'heure, il est juste de tenir compte de l'immense labeur que cette œuvre représente.

Rapport sur le mémoire déposé pour le prix Gerdy,
par le Dr Paul Reclus.

Messieurs,

Selon votre décision, les concurrents pour le prix Gerdy devaient traiter cette année : *Des tuberculoses localisées en chirurgie.* Un seul mémoire vous est parvenu dont l'examen a été renvoyé à une commission composée de MM. Terrillon, Lannelongue,

Després, Marc Sée et Reclus. Nous avons été choisi comme rapporteur, et, à ce titre, nous devons vous dire le bien et le mal que nous pensons de ce travail important.

Nous commençons par les critiques; il nous semble que le sujet ne prêtait pas à confusion : les tuberculoses locales sont celles qui se cantonnent en un point de l'économie. Lorsque la langue, le testicule, la muqueuse anale, l'œil, une articulation, un os, s'infiltrent de granulations, nous prononçons le mot de tuberculose locale, à condition toutefois que les autres tissus et les autres organes soient respectés par l'infection. Mais si le poumon, par exemple, le plus accessible de tous les viscères, est atteint simultanément, la tuberculose n'est plus locale.

L'auteur du mémoire ne l'a point compris ainsi : pour lui, toute tuberculose accessible au chirurgien lui paraît une tuberculose localisée, et cette conception le hante tellement qu'il nous parle « des localisations tuberculeuses externes qui évoluent chez les phtisiques » et qu'il ne craint pas d'intituler un de ses chapitres : *Des tuberculoses localisées avec généralisation pulmonaire.* Nous ne comprenons guère une localisation généralisée ou une généralisation localisée; et cela nous rappelle la fameuse robe blanc chocolat d'une héroïne de Labiche.

Si nous insistons sur cette critique, c'est qu'elle fausse peut-être les premiers chapitres du mémoire. L'auteur aurait dû nous y démontrer justement l'existence des tuberculoses locales, et ce qu'a d'exagéré la célèbre loi de Louis pour laquelle tenait encore le regretté professeur Parrot. Déjà des statistiques ont été dressées. Nous avions trouvé qu'un tiers au moins des individus atteints de tuberculose génitale meurent sans infiltration pulmonaire. Nous aurions voulu voir infirmer ou confirmer ces chiffres, nous aurions voulu surtout des recherches semblables pour les tuberculoses osseuses et articulaires, pour celle de la langue, de l'œil, de la muqueuse anale, des ganglions. Que l'auteur ne nous apprend-il quel est, de tous les tissus, celui où la granulation se cantonne le plus volontiers sans tendance à la généralisation ?

L'auteur ne devait-il pas se demander encore comment la tuberculose, maladie infectieuse pourtant, pouvait attaquer un point particulier et y évoluer sans retentir sur l'économie tout entière. Ne voyons-nous pas la plupart des autres maladies virulentes, la syphilis, la septicémie, le charbon, affirmer leur prise de possession par des phénomènes généraux. Quel que soit le lieu d'implantation du chancre et de la pustule maligne, tout l'organisme a le charbon ou la vérole. Ne devons-nous pas alors, à l'exemple de Virchow, distinguer deux groupes bien distincts dans les affections parasitaires. Les unes, comme la tuberculose, s'abattent sur un organe ;

mais que les microbes se cantonnent au point d'attaque ou qu'ils essaiment et colonisent au loin, ils n'agissent que sur les tissus atteints, et la gravité plus ou moins grande de l'affection qu'ils constituent découlera de la plus ou moins grande importance fonctionnelle de l'organe envahi. Les infiltrations du poumon et du cerveau ont évidemment un autre pronostic que celles du testicule ou des ganglions lymphatiques superficiels.

Les maladies du second ordre mériteraient surtout le nom d'*infectieuses*. Non seulement le microbe désorganise les tissus au milieu desquels il s'est établi, mais il exerce une action toxique et modifie la crase du sang, de telle sorte que l'économie tout entière est atteinte. Il faudrait admettre, avec Virchow, que la bactéridie charbonneuse, le vibrion septique, le microbe des fièvres graves, donnent naissance à un ferment soluble, comme le microbe des urines ammoniacales, la torule, produit le ferment soluble de Musculus.

Cette hypothèse nous expliquerait comment les maladies parasitaires du premier groupe, celles qui n'agissent que localement, ne peuvent en aucune façon modifier les tissus et les humeurs de manière à les rendre réfractaires à une nouvelle atteinte du microbe; qui a triomphé une première fois du bacille tuberculeux n'est pas pour cela à l'abri d'une nouvelle invasion, peut-être même y est-il mieux préparé. Mais les maladies du second groupe, celles qui imprègnent l'économie tout entière, le rendent inapte à nourrir une seconde fois les germes infectieux qui ont ajouté ou enlevé à notre sang un principe quelconque, une substance indispensable à la vie du parasite, et c'est ainsi qu'on n'a pas deux fois le syphilis, le charbon et la rougeole.

Ces particularités touchent de trop près à la théorie des tuberculoses localisées pour que nous ne reprochions pas à l'auteur du mémoire de les avoir passées sous silence. Mais, ces réserves faites, et si nous voulons accepter les mots de tuberculoses localisées comme synonymes de tuberculoses accessibles au chirurgien, nous devons reconnaître la réelle valeur des deux premiers chapitres que nous venons de critiquer, et qui traitent de l'historique et de la nature des tuberculoses localisées. Peut-être l'auteur aurait-il pu donner mieux qu'une simple mention à Cruveilhier et résumer quelques-unes des magnifiques pages de l'*Anatomie pathologique générale* où est établie avec tant de vigueur l'existence des affections tuberculeuses purement localisées.

Le chapitre d'anatomie pathologique nous paraît fort bien fait; l'auteur y étudie à un point de vue général l'évolution du tubercule, sa période de crudité et de fonte caséeuse, son stade d'élimination caractérisé par la résorption des produits nécrosés et la for-

mation de cavernes, de fistules, d'ulcères et de fongosités. Puis il nous montre les divers aspects que revêt le tubercule dans les tissus et les organes accessibles au chirurgien. Mais pourquoi, dans cette revue, avoir oublié la langue, dont la dégénérescence tuberculeuse a suscité, ici même, d'intéressantes discussions? Néanmoins la valeur de ce chapitre est assez grande pour nous permettre de soupçonner que notre auteur, nécessairement anonyme, n'est pas un inconnu, et qu'il doit poursuivre depuis longtemps ses recherches sur la tuberculose.

Le chapitre clinique débute par une définition qui nous semble incomplète. « La tuberculose chirurgicale, dit l'auteur, est une affection infectieuse due à l'introduction dans l'organisme d'un virus dont le bacille de Koch représente l'élément figuré le mieux connu. » Que l'introduction d'un bacille soit nécessaire nous l'acceptons, mais qu'elle soit suffisante, nous ne le croyons pas. L'organisme n'est-il pas sans cesse assiégé par la foule des germes? ils pénètrent dans nos poumons avec l'air atmosphérique, ils parcourent notre tube digestif avec le bol alimentaire, ils s'insinuent par toutes les éraillures de nos muqueuses et de notre peau; si la définition qu'on nous propose était exacte, nous serions tous tuberculeux.

Il est même probable que l'homme sain roule dans son sang des microbes inertes, graine toujours prête à se développer pour peu qu'elle trouve un sol favorable. Nos tissus demeurent intacts tant qu'ils sont pour le parasite en mauvais terrain de culture ; mais si quelques conditions particulières en modifient la constitution, les germes s'y multiplieront par génération successives et l'infection se produira. N'est-ce pas ainsi que M. Verneuil explique comment, chez une individu robuste, d'ailleurs, un inflammation, un traumatisme, font du tissu qui en a été le siège un lieu de moindre résistance où le microbe échappé des vaisseaux trouve un champ favorable à sa pullulation?

Nous relèverons un lapsus dans le chapitre fort intéressant qui traite de la symptomatologie : l'auteur attribue à nous et à Charles Nélaton la première description des orchites aiguës à marche nettement inflammatoire; c'est Simon Duplay qu'il fallait dire, car il a, dès 1860, décrit sous le titre de *Tuberculisation galopante du testicule* la forme spéciale que nous devions, en 1876, étudier plus complètement. Nous ne sachions pas que notre ami Charles Nélaton, assez riche, d'ailleurs, de son propre fonds et du fonds de son père, ne réclame rien dans ce petit point de pathologie tuberculeuse.

Le chapitre consacré au traitement nous réservait une surprise. La thérapeutique médicale en est complètement bannie. Certes, nous n'attendions ni ne voulions de l'auteur la liste des médicaments, la formule et le mode d'emploi, mais il aurait dû insister sur

l'importance capitale du régime, de l'alimentation, de l'hygiène, qui, avec l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium et le sel, ont à eux seuls guéri plus de tuberculoses localisées que toutes les interventions chirurgicales possibles. Grâce à eux n'avons-nous pas vu disparaître bien des gommes du tissu cellulaire, bien des engorgements de ganglions, bien des dépôts caséeux de l'épididyme ?

Nous aurions voulu encore plus qu'une courte allusion au grave problème soulevé par notre éminent collègue M. Verneuil. Des chirurgiens de premier ordre ont contesté, contre lui, l'influence du traumatisme opératoire sur la généralisation tuberculeuse. Aussi, aurions-nous désiré sur ce point une discussion plus approfondie et surtout l'apport de faits nouveaux bien contrôlés et bien interprétés. Enfin, à propos de l'intervention ne devait-on pas se demander si le bistouri n'est pas une cause fréquente d'auto-inoculation? M. Besnier, dont on connaît la compétence, ne vient-il pas, dans un récent mémoire sur le traitement du lupus, de proscrire l'instrument tranchant, qui, en divisant les vaisseaux, ouvre la porte aux germes infectieux ?

Maintenant, et ces réserves faites, s'il me fallait résumer en quelques mots l'impression générale qui se dégage du mémoire, j'en louerais sans restriction l'information abondante, l'observation précise, le sens clinique : l'auteur nous y parle de choses qu'il connaît, qu'il a vues, au milieu desquelles il vit depuis longtemps. Mais peut-être aurait-il pu traiter son sujet de plus haut, et quelques sobres incursions dans le domaine de la pathologie générale auraient, croyons-nous, rompu l'uniformité de description un peu monotone.

Rapport sur les mémoires présentés pour le concours du prix Demarquay, par M. le Dr Marchand.

Messieurs,

La Société de chirurgie a proposé pour le concours du prix fondé par Demarquay, une étude sur l'*étiologie de l'érysipèle*.

Diverses considérations plaidaient en faveur de ce choix ; et peu de sujets étaient en réalité plus aptes à stimuler le zèle des candidats.

L'érysipèle appartient au groupe de ces affections dont l'histoire subit toujours le contre-coup des doctrines régnantes. Les si nom-

breuses opinions émises depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, sur sa nature intime, ses causes prochaines, le démontrent suffisamment.

Or, n était-il point vraiment d'un haut intérêt de rechercher quelle influence les doctrines modernes sur les septicémics parasitaires avaient exercée sur divers points de la pathologie de l'érysipèle, si fréquent encore, nonobstant les perfectionnements dont a bénéficié la thérapeutique chirugicale. Rechercher pour les condenser dans un même travail, les comparer, les discuter en les éclairant à la lumière des résultats récemment acquis, les opinions des nombreux auteurs qui ont écrit sur ce sujet, constitue déjà une œuvre considérable.

L'étiologie, d'un autre côté, en cherchant à pénétrer les causes, et de là, partant, la nature des maladies en faisant saisir les analogies et les différences que présentent les divers groupes morbides plus ou moins apparentés par les conditions communes et particulières de leur développement, forme un des chapitres les plus vastes de la nosologie, car elle emprunte à tous, quitte à leur restituer souvent avec usure.

N'est-ce point d'elle que découlent ces règles hygiéniques et diététiques dont l'ensemble constitue l'application la plus féconde de la pathologie, je veux dire la prophylaxie et le traitement.

Votre appel a été entendu, et deux travaux importants vous ont été adressés. Ce sont ces deux mémoires, tous deux d'une haute valeur, et qui dénotent chez leurs auteurs les qualités d'esprit les plus heureuses, ainsi qu'une érudition des plus complètes, dont je me propose de vous donner une analyse rapide.

Le premier qui vous ait été remis porte pour épigraphe : *Remonter aux causes du mal, quel qu'il soit, c'est se mettre sur la voie où l'on peut rencontrer le remède.* Cette citation montre aussitôt l'esprit dans lequel l'auteur a conçu son travail, dont il fait découler à diverses reprises des règles d'hygiène prophylactique.

L'avant-propos comprend un aperçu historique fort complet, puisqu'il poursuit à travers les siècles jusqu'au père de la médecine l'énoncé des causes que les diverses époques avaient assignées à l'érysipèle. Ces opinions diverses offrent ceci d'intéressant qu'elles contiennent en germe la doctrine moderne. L'érysipèle y est toujours rapporté à une altération des humeurs survenue soit sous l'influence des conditions extérieures, cosmiques, du froid, du chaud, de l'humidité, ou d'altérations tenant à la perversion de certaines fonctions, putréfaction des matières stercorales, mouvements organiques ou phsychiques déviés ou altérés, fatigue,

colère, émotions diverses, etc. L'idée de l'infection semble s'y révéler déjà, et avec quelques modifications, on arriverait sans difficulté à la leçon moderne.

Qu'est l'érysipèle pour la plupart des nosographes de l'époque actuelle? Une maladie infectieuse, reconnaissant une cause spécifique que des travaux récents ont démontrée être un bactérien.

Ne retrouve-t-on pas ces bactériens, aujourd'hui qu'on sait les reconnaître, comme la cause première des altérations des liquides et des tissus caractérisant les maladies infectieuses? Ne trouvent-ils point dans nos humeurs, dans notre milieu intérieur dont ils transforment la structure atomique si complexe, un terrain nécessaire à leur vie, à leur développement, à leur multiplication?

L'étude étiologique de l'érysipèle devra donc rechercher d'abord les voies par lesquelles l'ennemi s'introduit dans l'organisme. Y pénètre-t-il toujours par effraction, ou en profitant tout au moins des effractions accidentelles, si nombreuses qu'elles soient? Ne peut-il point user des chemins et voies naturelles qu'offrent à l'absorption en général les diverses cavités muqueuses, en libre commucation avec le miliou où ses spores se trouvent disséminées? Tel est un des premiers points qu'il y ait lieu d'élucider.

D'un autre côté, il est bien démontré que pour ce contage, comme la plupart de ses semblables, il est nécessaire que le terrain soit préparé à l'avance, que le milieu de culture, passez-moi l'expression, lui soit favorable.

Ici viennent se grouper tout naturellement toutes les circonstances individuelles relatives à l'âge des sujets, aux saisons, aux éléments, aux races, aux états pathologiques antérieurs ou concomitants, à ce que les médecins ont nommé constitutions médicales, ce qui n'est, en résumé, que la modification que subit l'état physiologique d'un certain nombre d'individus sous l'influence des facteurs ci-dessus relatés.

Enfin, l'érysipèle a des affinités pathologiques qui ont frappé tous les observateurs. Ces affinités sont telles que plusieurs n'ont point hésité à le ranger dans une sorte de famille pathologique dont les autres membres seraient la fièvre puerpérale, l'infection purulente, la dysenterie, la diphthérie, la pourriture d'hôpital, etc., etc.

Notre auteur range décidément l'érysipèle au nombre des maladies infectieuses de cause spécifique. Cette cause spécifique n'est *probablement* autre que l'introduction d'un microbe entrevu par Lutzomski, étudié par Dupeyrat, Tillmann, cultivé, inoculé par Fehleisen. Ici quelques réticences cependant lui sont suggérées par les formes purement médicales qu'il ne peut se décider à repousser complètement. Mais si l'infectiosité lui est tout-à-fait

démontrée par la multiplicité des lésions, l'épidimicité, la contagiosité; des conditions défavorables d'aération, de propreté, de lumière, la décomposition de matières végétales et animales, le système défectueux des vidanges, l'encombrement, etc., sont constatées souvent comme causes premières des épidémies d'érysipèles.

Toutes ces conditions peuvent en somme n'être considérées que comme secondaires; ce sont elles qui effectuent les détériorations organiques nécessaires à la végétation microbienne; mais elles ne sont par elles-mêmes que ces causes banales, invoquées pour expliquer la plupart des épidémies infectieuses, incapables d'en rendre compte sans la présence du principe contagieux spécifique, miasme ou ferment organisé.

Il est vrai que nous nous retrouvons ici en présence des érysipèles dits spontanés, ou de cause interne, et qu'il est difficile de repousser complètement. Les particularités symptomatologiques de certains érysipèles, leur récidive survenant à intervalles réguliers et périodiques chez certains individus, leur coexistence chez d'autres, avec des phénomènes physiologiques (menstruation, ménopause), ont conduit quelques auteurs à admettre une certaine spontanéité organique, une sorte de prédisposition, ou mieux de maladie latente, dont les poussées érysipélateuses seraient des manifestations extérieures.

Que faut-il retenir de cette doctrine de la spontanéité ? N'est-elle autre chose que la prédisposition, l'aptitude organique à recevoir le contage, survivant aux manifestations de l'érysipèle; ou bien ne sont-ce point ces manifestations elles-mêmes qui inculqueraient à l'économie ses propriétés réceptives? Il convient de ne pas s'aventurer trop sur ce terrain encore glissant; et c'est ce qu'a sagement fait l'auteur du mémoire.

L'origine infectieuse et parasitaire étant admise pour le plus grand nombre des cas, la doctrine de la contagion en découlait naturellement. L'auteur reste sur ce point absolument convaincu; il admet nettement la contagiosité de l'érysipèle. Il a groupé très habilement les faits sur lesquels repose cette doctrine, et les fait suivre d'une discussion serrée.

Un chapitre important est consacré à l'exposition des rapports, si souvent signalés, qui existent entre l'érysipèle, la fièvre puerpérale, l'infection purulente, la dysenterie, la diphthérie, la pourriture d'hôpital, etc. Il est impossible de méconnaître les rapports qui unissent l'érysipèle à ces diverses affections, mais l'auteur se garde avec raison d'affirmer l'identité de la cause spécifique de chacune de ces maladies.

Tous les points importants de l'étiologie de l'érysipèle sont

abordés dans ce mémoire. Tous les chapitres que je vous ai signalés sont appuyés sur un très grand nombre de documents bien choisis et cités à propos. Je me rallie donc à l'opinion du travail fait par MM. Verneuil et Le Fort, que le bon choix et l'abondance des sources bibliographiques citées impriment à tout le mémoire un cachet d'érudition de bon aloi. Il est de plus aussi simplement et sagement écrit que clairement conçu, et nous savons tous que ce n'est point là un mince mérite.

Le deuxième mémoire porte pour devise la citation latine : *Natura non facit saltus.*

Ce travail, messieurs, est considérable ; il me serait très difficile de vous en donner une analyse détaillée. L'auteur a serré de moins près son sujet que celui du travail précédent ; il s'est longuement étendu sur des questions doctrinales qui lui donnent une saveur toute spéciale, mais qui par quelques points sortent du programme que vous aviez tracé. Hâtons-nous d'ajouter que ses discussions, parfois un peu longues, dénotent une science profonde du domaine de la pathologie générale, qu'elles sont conduites avec une logique particulièrement savante et vigoureuse, et que certains chapitres mériteraient de faire partie d'un traité exposant les modifications qu'a pu faire subir à la pathologie générale la doctrine sur les maladies infectieuses parasitaires que la majorité des écoles professent aujourd'hui.

Dès les premières lignes du travail, le lecteur se trouve averti de l'interprétation très large que l'auteur donne à son sujet. Nous ne pouvons mieux faire que de citer, en les abrégeant, les premiers paragraphes de l'avant-propos. Ils permettent de préjuger déjà les développements dans lesquels l'auteur entrera ultérieurement.

« Il nous a été donné, dit-il, de recueillir pendant ces dernières années un certain nombre d'observations qui paraissent, au premier abord, n'avoir rien de commun avec l'érysipèle. Tel cas semblerait mériter de préférence le titre de phlegmon diffus, tel autre avait plutôt les caractères d'une septicémie aiguë, tel autre encore pouvait en imposer pour une pyohémie à marche latente et quelque peu anormale. Tous présentaient, néanmoins, à côté des phénomènes cliniques plus ou moins larvés, un caractère essentiel qui nous détermine à les considérer comme des variétés ou plutôt comme des manifestations d'une seule et même entité morbide. Ce caractère consistait en un élément étiologique commun, la contagion qui établissait entre tous ces faits les rapports les plus étroits.

« En revanche, nous avons observé et l'on observe le plus souvent des érysipèles absolument cliniques, quant à la symptomatologie, mais qu'il paraît impossible de rapporter à cette même cause spécifique. »

Aussi, dans le cours de son travail, l'auteur se trouve-t-il amené à identifier, en quelque sorte, l'érysipèle avec le phlegmon diffus, l'infection purulente, etc.; ces diverses maladies seraient toutes reliées entre elles par un lien commun primitif primordial, établissant les droits de l'espèce dont ces diverses manifestations ne seraient guère que des genres diversifiés.

« Il existerait donc, dit-il (p. 39), une maladie au sens vraiment scientifique du mot, dans le cadre de laquelle nous faisons entrer : 1° l'érysipèle sous toutes ses formes, simple et cyclique, phlegmoneux, bronzé, foudroyant; 2° la diathèse purulente et la pyohémie dans l'immense majorité des cas, c'est-à-dire en dehors de la morve, de la variole confluente et peut-être de la septicémie, qui peuvent avoir leurs processus pyogéniques propres et indépendants de l'entité morbide que nous étudions; 3° la fièvre puerpérale dont les épidémies présentent souvent comme un tableau condensé de tous les processus que nous venons d'énumérer. »

A une entité morbide il faut un nom nouveau, et l'auteur propose celui d'érysipélose, de pyolymphose, à cette nouvelle diathèse dont la source serait dans un état particulier de l'économie héréditaire ou acquis, et auquel il propose d'appliquer l'appellation de *pyolymphisme*. Cet état, en dehors de toute contagion, peut se traduire par des érysipèles à répétition, ou certains équivalents morbides atténués.

Ajoutons, pour terminer cette trop rapide analyse, que l'auteur admet, du reste, sans restriction les données expérimentales récentes, et que l'érysipèle inoculé ou de contagion peut devenir la cause de cet état diathésique singulier pour la désignation duquel il propose les deux néologismes sus-mentionnés. Le mémoire est appuyé sur des observations nombreuses empruntées par l'auteur à sa clientèle et à l'obligeance de quelques confrères, observations ayant trait, ou à de simples érysipèles, ou aux autres affections du groupe cyclique que l'auteur cherche à établir. Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre davantage sur un travail qui est tout entier à lire et à méditer.

Séance du 23 janvier 1884.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° Le 11e fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie;*

3° Des lettres de remerciements adressées par M. Soupart, de Gand, nommé membre associé étranger; M. Julliard, de Genève, nommé membre correspondant étranger, et par MM. Queirel, de Marseille, et Folet, de Lille, nommés membres correspondants nationaux.

4° M. Verneuil offre de la part de M. Rochard fils, médecin de la marine, un volume intitulé : *De la valeur des eaux minérales dans les maladies chirurgicales;*

5° M. le Dr Henrot, de Reims, offre une brochure intitulée : *De la valeur séméiologique et thérapeutique du taxis abdominal dans l'étranglement interne*;

6° M. de Saint-Germain offre au nom de M. Cadet de Gassicourt et au sien le premier volume des *Annales des maladies des Enfants.*

A l'occasion du procès-verbal.

Résection costale contre les fistules thoraciques.

M. Perier. Messieurs, je viens vous apporter deux faits propres à confirmer ce que M. Berger vous a dit relativement à la bénignité de l'opération d'Estlander. Il vous a montré que la résection costale la plus étendue n'avait pas de retentissement sur l'état du malade, et que jamais la mort n'avait été attribuable à l'intervention chirurgicale.

J'ai fait deux fois l'opération ; chez le premier malade j'ai réséqué deux côtes ; chez le second, j'en ai réséqué six.

Le premier malade était un garçon d'amphithéâtre de l'École vétérinaire d'Alfort. A la suite d'une piqûre anatomique, il avait eu des suppurations multiples et entre autres une pleurésie purulente ayant nécessité un empyème. Il en était résulté une fistule qui achevait de l'épuiser. Il était entré dans le service de mon collègue M. Hayem, et nous lui avions proposé une résection des côtes, qu'il refusa énergiquement. Enfin, arrivé au dernier degré de la cachexie et se sentant mourir, il nous supplia alors de faire pour le sauver une tentative que nous n'osâmes pas lui refuser. Je ne lui enlevai que deux côtes et fort timidement. Il n'éprouva aucune modification ni en bien ni en mal ; son moral fut relevé pendant quelques jours, mais il n'en succomba pas moins au bout de peu de temps, sans que nous ayons pu accuser l'opération d'avoir abrégé sa vie. En tout cas, notre opération eût été bien insuffisante au point de vue de l'oblitération à obtenir, étant donnée l'étendue de la cavité suppurante.

Chez mon second opéré, j'ai été beaucoup plus heureux.

Il s'agissait cette fois d'un homme de 43 ans, d'une bonne constitution, non tuberculeux, mais qui avait une fistule depuis près d'un an, et qui désirait à tout prix s'en débarrasser pour pouvoir reprendre sa profession et gagner sa vie. Ses antécédents ont été publiés dans la thèse du Dr Perrachon. Il avait été traité en 1881 par le Dr Sergent pour une pleurésie purulente qui se vida par les bronches en juillet de la même année ; il y eut tous les signes d'un pyo-pneumothorax qui disparurent assez vite. L'épanchement liquide persista, le malade entra à la fin de 1882 dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, qui, le 19 janvier, ouvrit largement un espace intercostal. Il s'écoula trois litres de pus ; en mars, le malade quitta le service, la cavité ne contenant plus qu'un demi-litre de liquide. Cependant il rentra au commencement d'octobre. Cette fois la cavité paraissait plus grande et un drain de 6 à 7 centimètres de long y était perdu.

Passage dans mon service le 19 octobre.

État général bon ; appétit conservé ; fonctions digestives régulières ; température normale ; urines de quantité moyenne sans sucre ni albumine ; poumon gauche absolument sain ; poumon droit refoulé en arrière et en haut, où l'on entend à peine un murmure respiratoire qui n'est modifié par aucun souffle ou bruit insolite. Le thorax est fortement aplati à gauche, les côtes paraissent imbriquées. La fistule est située entre la neuvième et la dizième côte, sur la ligne axillaire. La région qui l'entoure donne à la percussion une sonorité caverneuse qui remonte jusqu'au sommet de l'aisselle.

Au niveau du mamelon, la circonférence du thorax mesure $0^{m},89$, dont $0^{m},42$pour la demi-circonférence droite, et $0^{m},47$ pour la circonférence gauche.

Au niveau de la fistule, circonférence totale : $0^{m},88$, dont 43 pour le côté droit et $0^{m},45$ pour le côté gauche, une sonde en gomme pénétrait de 26 centimètres dans la poitrine.

La capacité de la cavité thoracique est de 750 centimètres cubes.

J'ai profité de cette mensuration pour extraire le tube. Le malade couché sur le côté gauche, la fistule bien en haut, je remplis la cavité comme on remplirait une bouteille ; puis, bouchant l'orifice avec le doigt, je fais retourner le malade sur le côté droit, de manière que l'orifice soit absolument déclive pour vider la cavité comme on viderait une bouteille tenue sens dessus dessous. Au moment où je retire mon doigt, j'enfonce une pince de Lister fermée, et j'en ouvre et ferme alternativement les branches dans l'intérieur de la plèvre, en même temps que le liquide s'écoule tumultueusement ; à un moment donné, alors que la plus grande partie du liquide était déjà écoulée, je sentis que ma pince ne mâchait plus à vide, mais qu'elle venait de saisir un corps mou, c'était le drain, que je retirai sans difficulté. Comme il n'y avait que peu de temps que le corps étranger séjournait dans la plèvre, on ne pouvait le considérer comme ayant retardé le travail de cicatrisation ; son extraction n'était donc pas un motif suffisant pour ajourner l'intervention.

L'opération fut pratiquée le 27 octobre avec l'assistance de mes collègues, MM. Berger et Bouilly, dont le concours me fut des plus précieux, et en présence de MM. Dujardin-Beaumetz et Sergent, qui avaient soigné le malade au cours de sa pleurésie purulente.

Incision parallèle de dix à douze centimètres aux côtes, au niveau de la fistule prise comme centre. Aux extrémités de cette première incision, deux incisions perpendiculaires de manière à former un lambeau à base supérieure. Ces deux incisions furent prolongées à mesure des progrès de l'opération, le lambeau relevé ne comprenait que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Découvrant les faisceaux entrecroisés du grand dentelé et du grand oblique, dans l'espace compris entre le bord externe du grand dorsal et celui du grand pectoral, ce dernier à partir de la septième côte, je commence par dénuder la neuvième côte, je la sectionne au niveau de la fistule et j'en élève de chaque côté 4 centimètres, je lui fais une résection de 8 centimètres. Cette première ablation est la seule partie un peu difficile de l'opération, à cause du rapprochement des côtes, et aussi parce que la neuvième et la dixième côte s'envoient des prolongements autour de la fistule qu'elles circonscrivent par deux véritables demi-anneaux osseux. Les autres côtes sont enlevées par section à chacune des extrémités de la partie à réséquer, après dénudation périphérique aux deux points de section

seulement. La rugination entre ces deux points est limitée à la face externe et aux deux bords, la côte se décolle ensuite par arrachement.

J'ai dit que le lambeau ne comprenait que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. L'incision du plan musculaire formé par les muscles grand dentelé et grand oblique servait pour deux côtes, une incision pour la huitième et la neuvième, une pour la sixième et la septième, et une pour la quatrième et la cinquième, de sorte qu'après l'extirpation des côtes mon lambeau s'appliquait sur trois cavités que j'ai drainées isolément, l'inférieure répondait en bas à l'orifice fistuleux.

La longueur des côtes réséquées est de bas en haut de 8 centimètres, 9, 9 1/2, 9, 8 1/2, 7 1/2.

La plaie fermée par 11 points de suture au crin de florence, et un gros drain placé dans la fistule, on applique un pansement de Lister avec addition de coton salicylé.

Le soir abaissement de température, 36°,6.

Le 28 octobre, la température remonte à 38°,4, et à partir du sixième jour elle est restée au-dessous de 38°, jusque dans le courant de décembre ; depuis, elle a quelquefois dépassé 38° de quelques dixièmes, mais nous étions à plus de 5 semaines de l'acte opératoire et il y avait des motifs suffisants dans la présence d'une cavité suppurante.

Dès le lendemain de l'opération le malade à mangé avec appétit, et depuis n'a cessé de s'alimenter convenablement, il a engraissé ; la cavité, qui contenait 750 grammes au mois d'octobre, en contient un peu moins de 100 au milieu de janvier; l'aplatissement du thorax est considérable, le tronc est incurvé fortement à droite et le malade en éprouve une certaine gêne lorsqu'il est assis. — Cette observation est incomplète, mais je ne vous l'ai présentée que dans le but unique de vous montrer la bénignité d'une opération si grave en apparence.

M. Championnière. Je ne veux pas vous retenir longtemps; ce qu'il importe d'apporter à notre société ce sont des faits, et je ne prends la parole que pour vous présenter les portions de côtes enlevées au malade dont je vous ai parlé l'autre jour, et vous donner une courte observation. Vous voyez que ces côtes représentent une vaste surface osseuse, et cependant dès aujourd'hui le thorax est aplati, la région retractée, et on ne se rend plus compte de l'importance de la perte de substance. Le seul incident qui ait traversé la guérison a été la formation d'un abcès à la base du lambeau, accident facile à éviter par un drainage complet sur lequel j'ai déjà insisté l'autre jour; je crois aussi que la plaie pourrait bien être aseptique si on l'isolait de la fistule.

Voici le tube de 18 centimètres retiré de la plèvre.

L'observation suivante, due à M. Charles, mon interne, résume

les principaux points de l'histoire de ce malade, dont je n'ai pas encore le droit d'affirmer la guérison définitive, mais dont la rapide amélioration peut compter à bon droit comme un excellent présage de la cure.

Le nommé Beauplet (Louis), dessinateur, âgé de 21 ans, est entré le 3 décembre 1883 dans le service de M. Championnière, à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 15.

Ce garçon n'a pas d'antécédents absolument mauvais; cependant son père a été atteint de bronchite chronique; la mère est bien portante.

En 1878 il eut une pleurésie droite à marche lente, qui le maintint au lit durant quatre mois. Il se remit à peu près. Mais vers la fin de 1881 il vit apparaître une tumeur sur la partie latérale droite et inférieure du thorax. M. Rendu la constata en janvier 1882, puis dans le mois de février suivant il ouvrit cette tumeur fluctuante et évacua trois litres de liquide purulent. Depuis une fistule à persisté, qui verse abondamment le pus. Il y a trois semaines, un drain de 19 centimètres, qui servait au drainage de la poitrine, tomba dans la cavité pleurale et on ne put l'extraire.

Aujourd'hui, 5 décembre 1883, l'état général est très mauvais: amaigrissement extrême, toux; le sommet gauche respire très mal, on entend çà et là quelques râles sous-crépitants. Le malade mange un peu mais se sent très affaibli, l'urine est normale.

La partie droite du thorax dans sa moitié supérieure est fort retractée; la moitié inférieure n'est pas aussi revenue sur elle-même.

L'orifice de la fistule pleurale est situé au-dessus de la dixième côte, à 15 centimètres au-dessous du mamelon, à 15 centimètres au-dessous et en dehors de l'appendice xyphoïde.

La percussion donne des renseignements fort imparfaits; cependant en arrière on trouve de la matité environ jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. En avant, souorité au-dessus du mamelon.

A l'auscultation on n'entend la respiration que vers le sommet de la poitrine. La suppuration donne un écoulement constant, et, en outre, chaque matin, le malade évacue d'un coup environ 100 grammes de pus.

On fait quelques lavages à l'acide borique, et on constate que la cavité purulente contient de 450 à 500 grammes de liquide.

Le 13 décembre 1883, M. Championnière, assisté de son collègue M. Bouilly, pratique l'opération. Le malade étant endormi avec du chloroforme, la cavité est explorée avec une sonde de Blandin en cuivre. Celle-ci se perd dans tous les sens; mais surtout en arrière, la cavité est considérable.

Une incision courbe forme un grand lambeau à base supérieure venant se terminer presque en pointe au niveau de la fistule. En relevant ce lambeau, on découvre une large portion de la cage thoracique.

Une incisiou transversale est faite sur la côte inférieure jusqu'à l'os; celle-ci est dénudée avec une rugine. Elle est coupée avec une pince Liston en trois fois. Les autres côtes serout détachées en un seul morceau. La section de la première côte seule offre quelques diffi-

cultés. La section de la côte supérieure 5ᵉ est un peu plus laborieuse, et les incisions pour la découvrir donnent du sang par quelques artérioles.

La résection porte sur cinq côtes :

9ᵉ	10 centimètres passés,
8ᵉ	8 centimètres,
7ᵉ	8 centimètres,
6ᵉ	7 centimètres,
5ᵉ	6 centimètres.

Très peu de ligatures , trois ou quatre seulement.

Par l'orifice de la fistule, après quelques tâtonnements, la pince étant de longueur insuffisante, le drain perdu dans la poitrine est retiré : il mesure 18 centimètres.

Après lavages de la plaie et de la cavité pleurale avec la solution de chlorure de zinc au 1 0/0, le lambeau est suturé, pas de drainage dans la plaie; gros drain dans la fistule.

Pansement de Lister.

Le soir, l'opéré se plaint de vives douleurs abdominales; il a de la rétention d'urine, température 36,8.

14. Même douleur, céphalalgie ; T. 38,8.

18. Le malade accuse de la douleur à la base du lambeau.

19. Il y a de l'œdème en ce point ; grande incision donnant issue à un flot de pus formé au devant de la côte réséquée la plus élevée. On place un drainage en ce point.

Le lambeau est rétracté et un peu remonté. Il y a de la suppuration. Pansement avec de la charpie phéniquée et de l'iodoforme.

Les douleurs ne reparaissent plus. L'état général devient excellent; le malade se nourrit bien et ne tousse plus.

Le 13 janvier, juste un mois après l'opération, il est méconnaissable, est devenu rose, il engraisse. La poitrine est fortement rétractée; la surface où les côtes ont été reséquées est fort dure, aplatie.

La cavité ne contient plus que de 80 à 90 grammes de liquide, et suppure médiocrement; le lambeau est complètement recollé; une plaie superficielle subsiste sur le trajet de l'incision.

M. Monod. M. Berger, dans son rapport sur l'opération dite d'Estlander, a très justement rappelé qu'une opération semblable avait été pratiquée dès 1875 par M. Letiévant (de Lyon). Son observation fut communiquée à la Société de chirurgie et a été l'objet d'un rapport de M. Paulet. Depuis lors M. Letiévant a eu plusieurs fois occasion d'intervenir de la même façon, ainsi qu'en témoigne la lettre que je viens de recevoir à l'instant de lui, et dans laquelle il proteste contre le nom d'opération d'Estlander, donné à la résection costale pour empyème.

Vous-me permettrez de vous lire les principaux passages de cette lettre :

« Persuadé, écrit M. Letiévant, de la valeur des idées que j'avais avancées, fort d'un premier succès, je résolus de mettre ma méthode de nouveau en application.

Je fis demander des empyèmes dans mon service. On m'en envoya plusieurs successivement.

J'en opérais trois, entre autres, les premiers dès l'année 1875.

Toutes ces opérations furent faites publiquement dans mon service, devant une nombreuse assistance, suivant la méthode que j'avais pratiquée dans l'observation publiée et dans le même but : la mobilisation chirurgicale de la paroi thoracique pour faciliter la guérison d'un foyer purulent intra-pleural.

Le nom de *fénestration* que j'avais d'abord donné à cette opération ne rendant pas exactement ce que j'en attendais, je lui substituai le nom de *résection costale multiple pour permettre la mobilisation du thorax et l'adhésion plus facile des parois de l'empyème;* ce qui parut trop long et ce que quelques élèves remplacèrent par mon nom. C'est sous ce nom : *opération de Letiévant* qu'elle était connue dès cette époque.

Il est donc bien fondé, messieurs, — et quelques protestations dans la presse en font encore foi [1] — que la méthode de résection costale multiple pour empyème a eu son origine en France, qu'elle a été présentée en hommage dès son principe (1875) à la Société de chirurgie, qu'elle a reçu son exécution ici, à Lyon, plusieurs fois, à coup sûr bien avant les faits parus à l'étranger.

M. Marc Sée. J'ai fait l'opération d'Estlander sur un garçon de vingt-cinq ans atteint de pleurésie purulente, et chez lequel on avait pratiqué l'empyème; sa fistule durait depuis huit mois.

Je me suis contenté d'une simple incision longitudinale en faisant écarter les bords de la plaie avec des rétracteurs. Je n'ai pas été gêné pour faire avec facilité la résection sous-périostée de quatre côtes à partir de la huitième, et dans une étendue de 5 centimètres environ chacune, après avoir fait des incisions transversales sur la partie moyenne de ces côtes. Je n'ai pas eu d'artère à

[1] Nota. — M. Daniel Mollière protestait ainsi devant la Société des sciences médicales de Lyon, séance de novembre 1882 (*Lyon médical* du 24 décembre 1882.)

« On ne doit pas donner le nom d'Estlander à une opération qui a été proposée et exécutée, il y a une dizaine d'années environ par M. Letiévant »

Un autre membre, dans la même séance, qui avait dit d'abord être le premier à l'avoir pratiquée en France protesta à sa façon : « Jusqu'à Estlander, dit-il, on était préoccupé seulement d'avoir une issue au pus. M. Letiévant serait le seul qui aurait eu pour but de mobiliser la paroi thoracique et de la rapprocher du poumon ; mais sa communication sur ce sujet à la Société de chirurgie n'a pas eu de retentissement et a été considérée comme extraordinaire. »

lier, et je n'ai pas essayé la réunion immédiate. Dans le premier pansement, fait trois jours après l'opération, on trouva seulement un peu de pus. Depuis, le malade fut pansé tous les deux jours.

Actuellement, les explorations montrent que la cavité a beaucoup diminué d'étendue, et la suppuration est certainement moins abondante. L'état général est très amélioré, et tout permet de croire que le résultat sera bon.

M. Trélat. Je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer l'opération d'Estlander, mais j'ai vu la fin (je veux dire la bonne fin) d'un des opérés de M. Bouilly, et j'ai suivi pendant longtemps un de ses autres opérés ainsi que l'opéré de M. Monod.

Je crois qu'il y aura avantage de modifier le procédé opératoire. Au lieu de faire un lambeau trapézoïde à base supérieure, comme les chirurgiens que je viens de citer; au lieu de la simple incision longitudinale proposée par M. Sée, et que je crois insuffisante, je proposerais de faire une incision longitudinale passant par la fistule et correspondant environ à la partie moyenne de la cavité purulente, et qui irait rencontrer par ses extrémités, et environ à leur milieu, deux incisions transversales : une supérieure et une autre inférieure, les trois incisions présentant à peu près la forme d'un H transversalement dirigé. On éviterait ainsi, je crois, l'accumulation du pus sous le lambeau et on éviterait les fistules sur les incisions latérales du lambeau trapézoïde, comme je l'ai observé chez l'opéré de M. Monod.

M. Monod. J'ai, en effet, constaté dernièrement chez mon malade la formation d'une nouvelle fistule latérale. Ce fait vient à l'appui de la manière de voir de M. Trélat.

M. Verneuil. Je demanderai un renseignement. Je crois que les observations apportées jusqu'à présent sont incomplètes. Il y a eu certainement une amélioration incontestable après l'opération, mais quelle en a été la cause, c'est ce qu'on ne nous dit pas et qu'il faudrait chercher.

Dans le cas de M. Lucas-Championnière, l'extraction d'un corps étranger d'un volume relativement considérable a pu contribuer d'une manière notable à cette amélioration. Chez le malade de M. Sée, il y a eu une amélioration rapide, et elle pourrait être attribuée à ce qu'on ouvre largement la cavité purulente. D'un autre côté, on ne nous dit pas si on a constaté le rapprochement des deux bouts des côtes réséquées, étant donné que dans l'opération d'Eslander on se propose un but mécanique, l'affaissement de la paroi thoracique.

M. Sée. On a constaté que les bouts des côtes réséquées se sont rapprochés du plan médian; on a même conseillé l'application d'un bande élastique pour favoriser l'affaissement de la paroi. J'ajouterai que, chez mon malade, je n'ai pas élargi la fistule : la cavité purulente n'a pas été largement ouverte, comme le dit M. Verneuil.

M. Championnière. Je pense que ma communication répond aux principales questions de M. Verneuil.

Le tube était dans la cavité pleurale depuis trois semaines seulement; il compliquait la situation, mais n'avait guère changé la purulence antérieure; sa suppression compte à peine dans la brusque amélioration du patient.

Quant à la modification de la cavité pleurale, rien n'est plus palpable. Elle contenait 500 grammes de liquide; un mois après elle n'en contenait guère que 90. Une grande sonde Blandin se promenait librement dans la cavité le jour de l'opération.

Aujourd'hui, la déformation du thorax rend absolument compte de la disparition de la cavité : il est aplati; une sorte de méplat répond aux parties réséquées. Ce n'est pas une supposition que l'on émet en disant que la cavité thoracique s'est effacée, c'est un fait anatomique que l'on constate et que devait faire prévoir l'énorme perte de substance faite à la partie osseuse.

M. Paul Berger. La discussion sur le traitement chirurgical de l'empyème chronique n'est pas encore close, et me voici contraint de vous apporter le premier exemple que je connaisse, du plus cruel revers auquel puisse exposer cette opération thoracoplastique d'Estlander, dont la littérature ne nous a guère, jusqu'à présent, fait connaitre que les succès. L'observation que je viens communiquer est tirée de ma pratique, et fidèle aux principes de la Société, qui cherche avant tout la vérité dans la science, je crois devoir attirer sur elle votre attention, car si elle ne modifie pas les conclusions les plus importantes de mon rapport, elle porte en elle plus d'un utile enseignement. Il s'agit d'un malade, condamné à une mort inévitable et même prochaine, mais pour lequel la terminaison fatale a été la conséquence certaine et rapide de l'intervention chirurgicale.

Voici donc la relation détaillée de ce fait telle qu'elle a été recueillie par mes soins et ceux de mes collègues, MM. Debove et Joffroy. Après vous avoir soumis les réflexions qu'il m'a suggérées, je répondrai brièvement aux remarques et aux objections qu'a soulevées mon rapport, ainsi qu'aux questions qu'ont bien voulu m'adresser, sur ce sujet, quelques-uns de nos collègues.

Pleurésie purulente datant de 2 ans et ponctionnée à plusieurs reprises ; incision antiseptique de l'empyème ; affaiblissement rapide. Résection, 2 mois 1/2 après, des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e côtes ; mort ; autopsie.

E. C..., âgé de 30 ans, gantier, fut admis, le 11 septembre 1882, à l'hospice de Bicêtre, salle Laennec, n° 23, dans le service de M. le Dr Debove. Un an auparavant, il était tombé malade et il avait été soigné chez lui pour une pleurésie droite. Il y a 9 mois qu'il était entré à la Charité dans le service de M. le Dr Desnos, où, peu de temps après son admission, on avait reconnu l'existence d'une congestion (?) pulmonaire compliquant l'épanchement ; celui-ci avait été évacué par une première ponction, 4 mois après son entrée ; celle-ci avait fourni 1 litre 1/2 de liquide très clair ; puis, un mois après, une seconde ponction avait donné un liquide louche et purulent. Tels n'étaient pas les seuls antécédents de cet homme, sa mère étant morte à 53 ans de la poitrine ; un de ses frères et une de ses sœurs avaient également succombé à la tuberculisation pulmonaire ; des deux frères qui lui restaient, l'un était phtisique. Lui-même n'avait jamais été vigoureux ; à 13 ans, il avait eu une bronchite, à 15 ans une pneumonie ; il toussait tous les hivers ; enfin il y a 4 ans, envoyé à Vincennes à la suite d'une blessure, il y avait été pris d'hémoptysie.

A son entrée dans le service de M. Debove, il se présentait dans l'état suivant : pâle, fort amaigri, son habitus extérieur présentait les caractères du *féminisme*, les yeux étaient excavés, les ongles hippocratiques.

Il ne se plaignait d'aucune douleur ni d'aucune gêne respiratoire, sauf quand il montait les escaliers ; du reste l'appétit était bon, il n'existait pas de fièvre, et la seule circonstance à noter en dehors de l'état de la poitrine, était l'existence d'une ancienne induration de l'épididyme du côté gauche, d'origine vraisemblablement tuberculeuse.

Le côté droit de la poitrine se dilatait mal dans l'inspiration. A la percussion, tandis que le côté gauche donnait une sonorité normale, il existait à droite une matité totale, tant en avant qu'en arrière, du haut en bas de la poitrine. A l'auscultation : du côté droit en arrière, respiration entièrement lointaine, sans aucun retentissement de la voix haute ou chuchotée, sans aucun frottement ou bruit anormal ; à gauche, la respiration était puérile. En avant, on ne notait que de l'obscurité et de la rudesse de la respiration à droite.

Tout l'hiver 1882-1883 se passa en alternatives au travers desquelles se révélait néanmoins une constante aggravation. Il n'y avait à la vérité pas de fièvre, mais des points de côté douloureux et persistants, une diminution de l'appétit qui motiva l'emploi de la poudre de viande que, d'ailleurs, il fallut laisser bientôt de côté. Le printemps amena un peu d'amélioration ; mais, en été, la respiration devint gênée, et cette gêne s'accrut notablement à partir de la fin du mois d'août, bien qu'il n'y eût toujours pas de fièvre et que l'état physique de la poitrine fût resté le même, sauf la saillie des espaces intercostaux qui se prononçait et

commençait à devenir manifeste en arrière ; il n'y avait pas d'œdème des parois thoraciques.

Le 18 octobre 1883, une ponction exploratrice, faite au travers du 6e espace intercosal au moyen d'une seringue de Pravaz, ramena du pus crémeux et inodore; le 4 novembre, une deuxième ponction faite en arrière de la précédente, donna le même résultat.

Ce fut à cette époque que je vis pour la première fois le malade avec M. Debove. Il paraissait en très fâcheux état; il me parut faible et fort abattu; l'alimentation se faisant mal, et, la gêne de la respiration ne lui permettant pas de se coucher pour dormir, l'opération de l'empyème fut résolue; mais l'étendue de la matité, l'ancienneté de la maladie indiquant l'existence d'une collection évidemment très abondante et d'une vaste cavité qui ne devait pas aisément revenir sur elle-même, l'éventualité d'une résection costale ultérieure fut, dès l'abord, considérée comme inévitable, et M. Debove fit même ressortir que, malgré les ressources de la méthode antiseptique, il se serait difficilement décidé à ouvrir la plèvre, si l'opération d'Estlander ne nous eût permis de venir en aide à l'insuffisance du travail curateur.

L'*incision de l'empyème* fut pratiquée le 9 novembre 1883. Je passerai rapidement sur les détails de cette opération qui fut faite avec toutes les précautions antiseptiques, les instruments et les tubes ayant été préalablement bouillis dans une solution saturée de sel marin. L'ouverture fut pratiquée à 8 centimètres en arrière de la ligne axillaire, dans le 9e espace intercostal, après que, par une ponction, on se fut assuré de l'existence, à ce niveau, de l'épanchement. Trois litres de pus bien lié, contenant fort peu de grumeaux, furent évacués; un lavage de la cavité fut fait avec la solution de sel marin; un tube long de 3 centimètres, large de 1 centimètre 1/2, fut laissé dans l'orifice, et celui-ci fut recouvert d'un pansement de Lister.

Le pansement fut renouvelé le lendemain, puis 2 jours après, puis tous les 4 ou 5 jours. Dès le 4e jour il ne s'écoulait par le drain que de la sérosité purulente, plutôt que du pus. Celui-ci ne commença à se montrer en assez grande quantité, mélangé à des flocons, que vers le 26 novembre ; à partir de ce jour aussi, la température du soir s'éleva, atteignant 38°,5 d'abord, puis peu à peu 39° et 39°,8. Le malade dormait moins bien; grâce à l'alimentation de la poudre de viande, la nutrition générale ne semblait pas trop souffrir. On substitua, à partir du 20 décembre, les lavages de la plèvre avec une solution de chlorure de zinc à 3 pour 100 aux lavages chlorurés : la température baissa aussitôt pour osciller entre 37°,8 et 38°; mais la suppuration resta fétide ; en outre, son abondance croissait de jour en jour, et bientôt la fièvre s'alluma de nouveau.

Le 25 décembre, le malade fut admis à la salle Nélaton, dans mon service. Avant le départ de M. Debove, qui quittait Bicêtre, nous nous étions encore entendus sur la nécessité de ne pas trop attendre pour pratiquer la résection costale ; je comptais néanmoins différer encore un mois, pour donner à la rétraction thoracique le temps de se prononcer davantage.

Malgré les injections quotidiennes à la solution phéniquée à 2 1/2 pour 100 et le renouvellement quotidien du pansement antiseptique, la situation s'aggravait de jour en jour. Je substituai au tube unique un double tube de longueur différente, et je fis de grands lavages en établissant ainsi un double courant dans la plèvre; je faisais préalablement évacuer la cavité en penchant le malade sur le côté droit et en lui faisant exécuter des efforts de toux : il expulsait ainsi 40 à 60 grammes de pus fétide, mais, même après l'injection phéniquée longtemps prolongée, il en restait encore dans la poitrine. Une sonde, introduite dans la cavité s'y perdait en quelque sorte et ne rencontrait d'obstacle qu'à une profondeur de 13 centimetres : 400 grammes de liquide pénétraient et restaient sans difficulté dans la plèvre. La rétraction thoracique avait amené l'effacement de presque tous les espaces intercostaux moyens : néanmoins, la demi-circonférence de la poitrine ne mesurait que 2 centimètres en moins du côté malade; cela tenait à ce que l'affaissement des côtes paraissait s'opérer à gauche non moins qu'à droite, et qu'il en résultait, du côté sain, une dépression des plus marquées vers la région moyenne du thorax, dépression qui contrastait avec la saillie des côtes inferieures.

La faiblesse devenait alarmante ; le malade ne mangeait plus du tout et refusait la poudre de viande. L'oppression le forçait à rester assis, même la nuit : la fièvre hectique du 1er au 15 janvier ne le quitta pas un seul jour, malgré l'emploi du sulfate de quinine, et elle se caractérisait par des sueurs profuses et des oscillations diurnes de la température qui, du matin au soir, variait de 36°,8 à 39° et quelques dixièmes. Le poids du corps, de 130 livres, était tombé à 78 : en 4 jours le malade perdit encore 1 livre. Prévoyant une catastrophe prochaine, je me résolus à ne plus attendre davantage, et je fis prier mon collègue et ami, M. Joffroy, qui avait succédé à M. Debove, de venir examiner l'état physique du patient. Voici ce que révéla son examen, pratiqué le 10 janvier.

La percussion donnait à gauche une sonorité exagérée dans toute l'étendue du poumon; à droite, la sonorité était tympanique, mais l'élasticité de la paroi faisait defaut.

L'auscultation faisait reconnaître à droite une respiration un peu rude en arrière au sommet, mais sans craquement ni râles d'aucune espèce; à gauche, un bruit amphorique sans retentissement de la voix ni de la toux. En avant et à gauche, la respiration était normale; le cœur était sain.

M. Joffroy conclut à l'absence de signes positifs de tuberculisation pulmonaire, malgré la présomption constituée par la rudesse de la respiration et les commémoratifs. L'examen des crachats s'imposait ; il fit reconnaître dans ceux-ci la présence de nombreux bacilles; il en existait aussi dans le pus contenu dans la plèvre.

Les urines, quoiqu'un peu colorées en brun par l'acide phénique, ne renfermaient pas d'albumine.

L'avis de M. Joffroy, comme le mien, fut que ce malade n'avait qu'une chance de salut, l'opération très largement pratiquée, quoiqu'en raison de l'étendue de la cavité suppurante, on ne pût guère compter sur une

guérison, et que l'état de faiblesse du malade en rendît le pronostic plus grave.

Opération.—Elle fut pratiquée le jeudi 17 janvier, à dix heures du matin, avec l'aide de mon collègue, M. Bouilly, et en présence de M. Joffroy.

Tout avait été préparé d'avance pour procéder aussi rapidement et aussi sûrement que possible. L'amphithéâtre était chauffé à plus de 20 degrés, et depuis le matin je m'étais assuré que l'instrumentation ne laissait rien à désirer, et que toutes les précautions antiseptiques avaient été prises. Le chloroforme fut l'objet de mon attention spéciale. Je redoutais, vu l'étendue des lésions thoraciques et la faiblesse du sujet, de le voir succomber pendant l'opération.

Je l'endormis moi-même sans difficulté, quoiqu'il fût presque dans la position assise, la seule qu'il pût supporter. Une grande incision oblique, parallèle aux côtes, passant par la fistule, une autre incision courbe antérieure, située sur le bord externe du grand pectoral, me permirent de découvrir la paroi thoracique en relevant un lambeau que j'agrandis suivant les besoins de la résection.

Les espaces intercostaux étant ainsi découverts, je réséquai les côtes en remontant à partir de l'orifice. Incisant la digitation du grand dentelé, je pus dénuder et réséquer chaque fois la partie moyenne de deux côtes voisines par une seule boutonnière musculaire largement faite. J'enlevai ainsi 10 centimètres de la 9e, de la 8e, de la 7e, de la 6e et de la 5e côtes, 8 cent. 1/2 de la 4e côte, enfin 5 centimètres de la 3e. Redescendant alors à partir de l'orifice, je réséquai 13 centimètres de la 10e côte et de la 11e, et comme le fragment postérieur de la 9e faisait saillie, j'en excisai encore 2 centimètres. Dans chacune de ces extirpations, je cherchai à me rapprocher le plus possible de l'angle des côtes. Leur dénudation fut facile, et la résection put être rigoureusement sous-périostée; la section des arcs costaux fut faite sans nulle difficulté avec la pince de Liston courbe. Un très gros drain fut alors placé dans une contre-ouverture que je pratiquai sur mon doigt, introduit dans la cavité comme guide, au travers du 11e espace intercostal, à la partie la plus déclive de la plèvre : son efficacité fut aussitôt prouvée par l'issue de tout le liquide (solution phéniquée au 40e) que j'avais injecté dans la cavité pour la désinfecter avant l'opération. Un autre tube, gros comme l'index, fut introduit au travers de l'orifice ancien à une profondeur de 12 centimètres, puis le lambeau fut suturé au moyen de fils de Florence et des drains placés aux angles des incisions. Après avoir fait un dernier lavage de la plèvre avec la solution phéniquée au 40e, la plaie réunie fut recouverte d'un pansement de Lister.

Cette opération se fit avec une grande célérité. Admirablement aidé par mes internes, et surtout par M. Bouilly, qui, après la dénudation de chacune des côtes, l'isolait avec un élévatoire pour me permettre de glisser au-dessous d'elle la pince coupante, je pus ne mettre que 4 minutes en moyenne pour parfaire chacune des résections; l'opération, depuis le commencement de l'anesthésie jusqu'à la fin du pansement, n'avait duré qu'une heure dix minutes; il n'y avait pas eu de perte de sang, et si des branches de la thoracique antérieure et de la mammaire externe furent liées, ce fut par précaution plutôt que par nécessité.

Néanmoins, et quoique conscient du danger auquel une longue chloroformisation exposait le patient, je me hâtasse autant que possible, à deux ou trois reprises, mes aides, ceux surtout qui étaient chargés de l'anesthésie, manifestèrent des craintes. Le malade était d'une pâleur marmoréenne ; par moments, la respiration menaçait de s'arrêter, le pouls radial était filiforme. L'opération à peine terminée, je fis pratiquer à la cuisse une injection d'éther; bientôt nous vîmes l'opéré reprendre connaissance, boire un verre de cognac. On lui frictionna les extrémités qui étaient glacées, quelque soin que nous ayions pris de le laisser aussi couvert que possible et quoique la salle d'opération fût à une température que nous ne supportions qu'avec peine. Une demi-heure après l'opération, on put le rapporter à son lit et, quand je le quittai, les lèvres s'étaient un peu colorées; il parlait quoique faiblement, et j'espérais qu'il se remettrait de la rude atteinte qu'il venait de subir : la respiration, en effet, était calme, et l'oppression légère dont il se plaignait me paraissait surtout due à la constriction peut-être trop énergique que j'avais cru devoir exercer sur la poitrine, pour assurer la compression du foyer traumatique. Mais environ une heure après, il commença à s'agiter et à manifester une anxiété extrême; la respiration était des plus pénibles et de plus en plus insuffisante. L'auscultation de la poitrine, du côté gauche, faisait entendre des râles humides extrêmement nombreux qui masquaient le bruit respiratoire. Le patient se plaignait en outre d'une vive douleur de reins. En vain les internes mirent tout en œuvre pour réveiller les fonctions expirantes ; on défit le bandage, on électrisa le diaphragme et les muscles thoraciques, on chercha par tous les moyens à relever les forces, rien n'y fit, et vers 4 heures de l'après-midi, ce malheureux s'éteignait après une agonie de quelques heures.

L'*autopsie* fut faite le 19 janvier, à dix heures du matin, par M. Joffroy et par moi; voici la note qui fut écrite sous notre dictée :

Rien de particulier dans l'habitus extérieur; pas de cyanose; le sujet est en bon état de conservation; aucun liquide ne s'écoule des tubes introduits dans la plaie.

En découvrant le côté droit de la poitrine par la dissection des téguments et des muscles, on découvre les côtes qui ont été sectionnées en avant, suivant une ligne à peu près droite à une distance de 4 à 6 centimètres de leur union, avec les cartilages costaux. En arrivant au *foyer opératoire*, on n'y trouve ni caillot, ni aucun liquide épanché.

Les cartilages costaux du côté droit sont incisés; ils sont doublés par un épaississement énorme de la plèvre pariétale qui porte l'épaisseur de la séreuse à plusieurs millimètres; par places, à 1 centimètre. La cavité pleurale suppurée présente une capacité de plus d'un litre; elle équivaut du reste à peine au tiers de la capacité de la portion gauche de la cavité thoracique.

Une fausse membrane grisâtre tapisse toute cette cavité ; nulle part, dans toute l'étendue de la région où a porté la résection, elle ne présente de perforation ni même d'ecchymose.

Le poumon droit, recouvert par les fausses membranes au travers desquelles on ne peut l'apercevoir, ne fait aucune saillie; il est rétracté

sur son hile et logé dans la gouttière vertébrale. Son extrémité inférieure est distante du plan diaphragmatique de 10 centimètres environ ; il est réduit à une hauteur de 12 centimètres, à une largeur maximum de 8, et à une épaisseur de 2 à 3 centimètres.

La contre-ouverture siège dans le 11e espace intercostal à 4 centimètres de l'orifice primitif; elle n'a intéressé aucun organe. Le diaphragme dans toute sa moitié droite présente une disparition complète du tissu musculaire et paraît transformé en un plan fibreux.

Du côté gauche, il n'y a pas de liquide dans la plèvre.

Examen des poumons. — Le poumon *gauche* présente au sommet, à sa partie postérieure, une induration sur une hauteur de 6 centimètres environ, sur 4 à 5 centimètres dans le sens autéro-postérieur. A ce niveau, des adhérences anciennes, épaisses, ont dû être décollées. A la coupe, il présente un tissu de pneumonie chronique, avec quelques petites cavités de la dimension d'un grain de chènevis, qui représentent la coupe des bronches dilatées. Le tissu, d'apparence fibreuse, est très résistant ; l'ongle n'y pénètre pas. Il est parsemé de granulations tuberculeuses de volume et d'âge différents ; les unes, grosses comme des grains de chènevis, sont fibroïdes à leur périphérie ; les autres, récentes, sont transparentes, punctiformes.

Le tissu pulmonaire redevient sain autour de ces foyers, renfermant cependant quelques amas tuberculeux peu développés ; le lobe inférieur présente de la congestion sans autre lésion , de telle sorte que ce poumon ne se présentait avec son intégrité de tissu que dans son lobe inférieur et la partie antérieure du lobe supérieur.

Le poumon *droit* est formé par un tissu non aéré, fibreux, d'une teinte ardoisée, renfermant à son sommet des granulations tuberculeuses anciennes et caséeuses.

Dans le *péricarde*, environ 30 grammes de liquide citrin; en arrière de l'oreillette droite sont quelques fausses membranes anciennes.

Cœur : les oreillettes renferment un peu de sang, gelée de groseille ; caillot *post mortem* dans l'aorte. Les valvules artérielles et auriculo-ventriculaires ne présentent ni rétrécissement ni insuffisance ; le myocarde est anémié, mais sain.

Reins, normaux.

Foie : pas d'augmentation ni de diminution de volume, pas de dégénérescence graisseuse.

Aucune lésion à noter dans les autres organes ; le testicule malade et la partie droite du diaphragme ont été réservés pour subir l'examen microscopique.

A quelle cause, chez ce malheureux, attribuer la mort rapide, sinon à l'opération qui l'a précédée de si près ? Quelque affaibli qu'il fût par la supppuration prolongée, il eût certainement vécu plusieurs jours et peut-être même des semaines, sans l'acte chirurgical qui a précipité sa fin. La mort elle-même peut être rapportée soit au shock traumatique, soit à l'action prolongée du chloroforme, peut-être en certaine partie à la perturbation apportée au méca-

nisme respiratoire par la résection costale. J'incline vers la seconde hypothèse : qu'on se représente en effet que ce malade ne respirait plus que par le lobe inférieur du poumon gauche, et l'on comprendra que le moindre affaiblissement des actes respiratoires ait déterminé l'asphyxie. Je ne m'étonne que d'une chose, c'est qu'il nait pas succombé sous le chloroforme pendant l'opération elle-même; il faut dire que l'anesthésique n'a été donné qu'avec la plus grande précaution et avec de longues intermittences, et qu'il a presque été suspendu pendant toute la seconde moitié de l'opération.

Celle-ci pouvait-elle être simplifiée ou abrégée? Je ne le pense pas : En constatant les lésions étendues de la plèvre et l'état du poumon, notre opinion, même au cours de l'opération, était que cette dernière, si large qu'elle pût être, resterait insuffisante. En agissant avec plus de parcimonie, nous eussions retiré au malade toutes les chances favorables, sans diminuer sensiblement le danger inhérent à l'intervention.

Certes, si nous eussions pu prévoir l'état des choses, tel que nous l'avons reconnu à l'autopsie, nous eussions mieux fait de nous abstenir. La tuberculisation pulmonaire n'étant point ici la contre-indication à mettre en évidence : à la vérité, l'existence de nombreux tubercules dans les sommets, l'induration du parenchyme pulmonaire à droite, étaient des conditions défavorables à la guérison immédiate et pleines de menaces pour l'avenir; mais ces lésions n'avaient pu être reconnues avec certitude pendant la vie, et l'examen physique du poumon n'avait donné que des indices extrêmement douteux à MM. Joffroy et Debove : baser l'abstention uniquement sur les commémoratifs et sur la présence de bacilles dans l'expectoration (quelque manifeste que soit la confirmation que l'observation présente apporte à la valeur séméiologique des bacilles contenus dans les crachats) m'aurait paru et me paraîtrait encore un acte de prudence exagéré.

La cause de la gravité immédiate de l'opération, celle qui, du reste, l'eût conduite à un insuccès final, si même le malade eût pu échapper aux dangers des premiers jours, résidait dans l'état du poumon droit, qui, étouffé par les fausses membranes, n'étant plus perméable à l'air, n'avait en quelque sorte plus rien d'un poumon, et qui n'eût jamais pu, en quelque mesure que ce fût, se développer de nouveau pour reprendre dans la cage thoracique une partie, même faible, de ses dimensions primitives. Comme une résection costale, si étendue qu'elle soit, ne saurait permettre l'application de la paroi thoracique à un poumon rétracté de la sorte, un cas semblable est certainement au-dessus des ressources dont nous disposons actuellement, et le malade est voué à une perte fatale. Mais

pour établir cette condition anatomique comme une indication formelle de l'abstention, il faudrait pouvoir reconnaître le degré de rétraction et de fixation du poumon : c'est une question qui ressort de l'observation médicale; je me borne à dire qu'elle ne me paraît pas résolue, et que l'examen scrupuleux qu'avait à plusieurs reprises subi le patient, dans le cas qui nous occupe, ne nous avait donné aucun renseignement précis sur ce point : nous savions que la cavité suppurante était très vaste ; nous étions loin de la croire aussi étendue ; nous ne savions rien de la situation et du volume du poumon sinon qu'il devait être rétracté assez loin et entouré d'adhérences fortement organisées en raison de l'ancienneté du cas, de l'abondance de l'épanchement et des signes fournis par l'exploration directe, si incomplète qu'elle pût être, de la plèvre.

Pour résumer les considérations, je modifierai les conclusions de mon rapport qui ont trait à l'innocuité relative et à l'efficacité de l'opération d'Estlander, en disant :

Dans les cas où l'affaiblissement du malade est extrême, la résection costale pratiquée pour la cure d'empyèmes chroniques peut, comme toutes les opérations de longue durée, déterminer la mort ou hâter la terminaison fatale : en dehors de toute faute opératoire et de toute complication accidentelle, le shock traumatique et l'action prolongée du chloroforme suffisent à détruire l'équilibre instable des fonctions respiratoires, depuis longtemps atteintes dans leur mécanisme.

L'état d'extrême rétraction du poumon ne permettant plus d'espérer son amélioration, étant par conséquent un obstacle absolu à l'occlusion complète de la cavité suppurante, devrait être considéré comme une contre-indication à l'opération, très grave par elle-même dans des cas semblables, puisqu'elle doit être très large et qu'elle porte sur des sujets très affaiblis. Mais nous ne connaissons pas de moyen qui permette de reconnaître avec certitude la situation et le volume du poumon ; tout au plus peut-on se guider d'après les dimensions de la cavité purulente telles que l'on peut les déterminer avec les sondages et les injections, d'après l'ancienneté et l'abondance de l'épanchement purulent évacué par l'incision thoracique.

Enfin la présence de bacilles dans l'expectoration, malgré l'absence de signes positifs de tuberculose, devra, dans les cas douteux, indiquer au chirurgien une plus grande réserve.

Je reviens à mon rapport et aux réflexions qu'il a suggérées à quelques-uns d'entre vous. Les observations qu'on a bien voulu me faire portent les unes sur les indications et l'opportunité de l'opération d'Estlander, les autres sur son exécution : je m'occuperai d'abord des premières :

L'opération convient-elle à tous les cas de fistules pleurales ? Le pronostic de cette lésion, lorsqu'elle est devenue définitive, est-il assez grave en règle générale pour justifier l'intervention chirurgicale ? A quel moment, du reste, faut-il cesser de compter sur la guérison spontanée, après l'ouverture d'un empyème dont la cavité tarde à se fermer ? Tels sont les points sur lesquels quelques-uns d'entre vous et surtout M. Verneuil ont formulé des doutes auxquels je vais essayer de répondre.

On ne peut malheureusement ni reconnaître la grande fréquence des fistules pleurales permanentes, consécutives à l'incision des épanchements purulents de la plèvre ; parcourant à ce point de vue quelques-unes des statistiques publiées dans ces dernières années, nous trouvons les résultats suivants :

Moutard Martin,	1872,	17 cas,	dont	7 guérisons,		5 morts,		5 fistules.		
Peyrot,	1875,	5	—	3	—	1	—	1	—	
Tranche et Fraentzel,		22	—	11	—	9	—	2	—	
Nicolich J. de Trieste,		4	—	3	—	1	—			
Winge et Larsen,	1874-75,	30	—	13	—	8	—	9	—	
J.-B. Goodhart,	1877,	21	—	7	—	8	—	6	—	

d'où il résulte, pour ces quelques cas, un total de 44 guérisons, 32 morts, 23 fistules permanentes.

Mais au bout de combien de temps doit-on perdre l'espoir de voir se former une de ces fistules pleuro-cutanées ? Certes il est des exemples de trajets fistuleux qui se sont formés au bout d'un temps fort long. Homen qui a réuni 91 observations bien prises d'empyème, dont 43 se sont terminées par la guérison, a relevé sur ce nombre, 3 cas de fistules, dont 2 se sont terminés par l'occlusion du trajet au bout de plus d'un an, dont l'un n'a guéri qu'au bout de 3 ans entiers. M. Dr Petel, chirurgien des hôpitaux de Rouen, me citait hier encore l'histoire d'un malade, qui, guéri en apparence au bout d'un an de suppuration, avait vu au bout de plusieurs mois l'orifice cicatrisé de la fistule se rouvrir pour laisser écouler une grande quantité de pus et se fermer définitivement après une autre année. Dans la thèse de M. le Dr Peyrot se trouve l'intéressante relation d'un fait où la guérison survint au bout de 8 mois. L'on pourrait multiplier de semblables exemples ; ils n'en demeurent pas moins exceptionnels si on les compare aux cas où la guérison s'est faite au bout d'un temps beaucoup plus restreint. D'après les relevés de Homen la durée moyenne du temps pendant lequel la suppuration a continué à se faire, après l'incision thoracique, jusqu'à l'oblitération de l'orifice ainsi constitué, a été de 139 jours, c'est-à-dire, d'un peu plus de quatre mois. Dans les faits que j'ai pu consulter, et qui s'élèvent à près d'une centaine, presque toujours la guérison, quand elle est survenue, s'est faite en un laps de temps qui

variait entre 15 jours et 5 mois. Il faudrait, je le sais, pour arriver à une conclusion certaine, réunir plus d'observations et mieux les analyser que je n'ai pu le faire, mais cette fréquence des guérisons obtenues dès les premiers mois qui suivent l'incision, leur très grande rareté à une époque plus reculée, n'indiquent-elles point que lorsqu'une pleurésie purulente traitée par l'incision n'est point arrivée à la guérison dans un temps assez court, on a bien des chances pour la voir se terminer par l'établissement d'une fistule permanente. Dans ces cas, d'ailleurs, où l'occlusion de la fistule n'est survenue qu'au bout d'un temps fort long, la guérison a presque toujours été retardée par une complication particulière que nous retrouvons nettement accusée dans l'observation de M. Peyrot par exemple, et dans le fait de M. Petel; c'est le resserrement de l'orifice, puis son oblitération qui ont amené, sous les apparences d'une cicatrisation parfaite, la rétention du pus dans les parties profondes du trajet. Ce n'est qu'après l'évacuation complète de cette collection nouvelle que la guérison définitive a pu s'opérer.

Je crois donc qu'il est légitime d'admettre qu'à mesure que le temps s'écoule à partir de l'ouverture d'une collection purulente de la plèvre, les chances d'oblitération spontanée de la cavité suppurante diminuent, celles de l'établissement d'une fistule permanente s'accroissent. En se fondant sur les évaluations numéraires ci-dessus mentionnées, l'on devra renoncer à l'espoir d'une prompte guérison et considérer la terminaison par production d'une fistule comme probable, lorsque 2 à 3 mois après l'opération de l'empyème, la cavité de ce dernier aura cessé de diminuer et qu'elle fournira une quantité de pus assez notable. — Reste à savoir si l'existence de cette fistule constitue pour le malade un inconvénient ou un danger assez grand pour justifier une opération chirurgicale.

Certes, il est des cas où l'existence d'une fistule pleuro-cutanée peut à peine être comptée pour une infirmité. Tel est celui que j'ai cité dans mon rapport d'une dame qui porte depuis 8 ans une fistule consécutive à un empyème, sans que sa santé paraisse en être altérée. Dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* nous trouvons rapportée, en 1847, une observation de Wells dont le malade, affecté depuis plus d'un an d'une fistule pleurale, pouvait faire plusieurs lieues à cheval; sa santé générale ne laissait rien à désirer. Malheureusement il s'agit probablement encore d'exceptions : l'on manque à la vérité de renseignements sur le plus grand nombre des sujets dont la pleurésie purulente s'est terminée par l'établissement d'une fistule, et tout ce que nous apprennent les observations, c'est qu'au bout d'un certain nombre de mois ou d'années, ils ont été perdus de vue. Quelques faits mieux suivis peuvent néanmoins nous montrer quel est le sort de beaucoup de ces ma-

lades. L'orifice de la fistule se resserre; on ne peut y introduire de tube, le pus séjourne, la fièvre et les accidents reviennent; on dilate l'orifice. A peine le pus s'est-il échappé que le malade reprend ses forces. Ces alternatives de rétention et d'évacuation plus facile du pus peuvent être compatibles avec un état relatif de santé et une existence active, comme chez le malade de Wells. Elles peuvent se terminer un jour par une guérison complète comme dans le cas relaté par Peyrot; mais souvent elles mènent à l'épuisement et à la mort. Dans la statistique de Bowditch, cité par M. Damaschino dans sa thèse d'agrégation, sur 24 cas de pleurésie purulente, traités, il est vrai par la thoracentèse, on trouve 7 guérisons, 17 morts et 10 cas de fistule thoracique persistante dans lesquels les malades, après une survie plus ou moins longue, finirent par succomber à la tuberculisation pulmonaire ou à quelque autre complication.

Peut-on, parmi ces fistules, distinguer celles qui sont compatibles avec la conservation des forces, de la santé, de l'activité physique et de la vie sociale, de celles qui menacent l'existence ou qui constituent un état d'infirmité véritable? Une longue et minutieuse analyse des faits serait ici nécessaire, et je pense qu'à ce point de vue, de même que pour savoir quelles sont celles de ces fistules qui sont susceptibles d'une guérison plus ou moins tardive, il faudrait interroger à nouveau toutes les observations bien prises que l'on pourrait recueillir. La littérature médicale en renferme des centaines qui, si l'on savait en tirer parti, permettraient certainement d'établir sur des bases plus certaines le pronostic et le traitement des épanchements purulents de la plèvre et des fistules dont ceux-ci sont l'origine. S'il m'était permis de substituer à l'expression des faits une vue de l'esprit, je dirais néanmoins que l'on peut considérer deux variétés de fistules pleurales. Les unes, plus ou moins étroites ou larges, aboutissent à une véritable cavité située dans le thorax, vestige de la portion suppurée de la plèvre, fournissant elle-même une suppuration variable dans son abondance et dans sa nature comme les dimensions du foyer qui la produit; ce sont les véritables fistules pleurales dans lesquelles l'orifice présente plus de tendance que le fond à la rétraction dans lesquelles, par conséquent, en l'absence d'un traitement convenable, la retention du pus surviendra tôt ou tard avec ses conséquences. Les autres se réduisent à un simple trajet en forme de doigt de gant; elles ne fournissent que peu ou point de pus puisqu'elles n'offrent point de calibre appréciable; plus susceptibles que les premières de guérir avec le temps, elles n'entraînent que des inconvénients légers, des ennuis plutôt que des dangers : les fistules que laisse après elle l'opération d'Estlander, quand elle se borne à amener une certaine amélioration, en sont un exemple. De ces fistules, les premières

réclament l'opération ; les secondes méritent tout au plus de la surveillance et quelque soins.

Quels sont les cas qui peuvent être avantageusement modifiés par la résection costale ? En est-il auxquels cette opération ne puisse être appliquée avec chances de succès ? Je ferai tout d'abord observer qu'elle n'a été préconisée par Estlander, que pour les empyèmes chroniques, c'est-à-dire pour les cavités suppurantes, situées dans la poitrine, et non point pour les simples fistules. Je partage certainement les doutes qu'a émis M. Verneuil sur la rigueur des considérations théoriques que Homen a trop mélangées avec la partie clinique, plus positive et pour nous, véritablement utile, de son intéressant travail. Il faut pourtant reconnaître que l'opération thoracoplastique joue un rôle mécanique, en grande partie du moins, qu'elle vient en aide à la rétraction de la cavité suppurante en permettant l'affaissement d'une paroi trop rigide et que comme telle elle ne convient qu'aux cas qui répondent à la double condition que voici : Il y a une cavité purulente à combler; — la rétraction thoracique s'est opérée dans la limite du possible, pour contribuer à son oblitération ainsi que le prouvent le rapprochement des côtes et l'effacement des espaces intercostaux. Quant aux cas analogues à celui sur lequel M. Verneuil attirait votre attention, lorsqu'il existe un trajet sans foyer et sans sécrétion purulente, que ce trajet pouvait s'enfoncer dans une fissure interlobaire du poumon, éloigné de tout rapport avec la paroi thoracique, alors qu'il n'y a ni déformation thoracique, ni aucun indice d'une traction exercée sur la paroi costale par des adhérences pleurales, je crois qu'ils ne peuvent attendre aucun bénéfice d'opérations qui du reste ne sont légitimées par aucun danger pressant.

L'observation que je viens de vous communiquer vous montre d'autre part qu'il est des cas où la cavité suppurante est si vaste, que l'intervention chirurgicale, même la plus large, ne saurait en amener l'oblitération même partielle. Aussi, vaudrait-il mieux s'abstenir peut-être si l'on pouvait déterminer avec rigueur l'extrême rétraction et l'emprisonnement du poumon au milieu d'adhérences qui ne lui permettent pas de reprendre sa place, et les dimensions d'un foyer purulent qui occupe toute une des moitiés de la poitrine.

A cet égard, malheureusement, l'on ne peut bien souvent avoir que des présomptions : l'exploration par la percussion et l'auscultation ne nous renseignent pas mieux que les injections poussées dans la cavité pleurale et l'introduction de sondes ou même du doigt. Et d'ailleurs, parmi les faits que je vous ai cités, il en est où malgré l'immensité du vide thoracique, une amélioration très notable ou la guérison même ont pu être obtenues ? Je ne crois donc

pas que l'on puisse tirer une contre-indication générale de l'étendue des lésions, et je pense qu'il faut laisser au chirurgien le soin de régler, dans les cas très anciens et très graves, son intervention d'après les dangers auxquels est exposé son malade par le fait de son infirmité et par celui de l'opération qui serait nécessaire pour l'améliorer ou la guérir.

Il ne me reste plus, messieurs, qu'à revenir sur quelques points du manuel opératoire, pour répondre aux argumentations qui m'ont été faites à ce propos.

J'attache peu d'importance à la forme et à l'étendue des incisions : la seule règle à observer était de les faire de telle sorte, que la surface des côtes à réséquer puisse être aisément découverte, et qu'à la suite de l'opération l'écoulement des liquides venant du foyer opératoire se fasse aisément ; à ce point de vue la forme de section des parties molles, en *battants de porte*, que préconise M. Trélat, peut avoir du bon. Mais dans les cas simples, des incisions plus simples également seront préférables, et je crois qu'il peut suffire alors de recourir à une incision verticale, ainsi que l'a fait M. Sée, ainsi que je l'ai fait moi-même dans un cas.

L'opération doit être antiseptique autant que possible, et M. Lucas-Championnière a eu l'idée que l'on pourrait, pour éviter la contamination de la plaie par les liquides qui viennent de la cavité pleurale, découvrir les côtes que l'on doit réséquer par des incisions qui ne communiquent point avec le trajet fistuleux et avec son orifice. Je crois ce précepte d'une exécution presque impossible : il faut, de toute rigueur, réséquer les côtes qui limitent l'espace intercostal où cet orifice est situé : celles-ci ne sont séparées de la fistule que par quelques bourgeons charnus ; souvent même elles sont dénudées ou nécrosées par le contact des tubes maintenus dans le trajet. Au cas même où l'on parviendrait à ménager un foyer distinct pour la résection, il faudrait pour y arriver restreindre les incisions cutanées et par conséquent se donner peu de jour. Enfin je crois que l'on peut, par les moyens ordinaires, pourvoir à une désinfection suffisante de la plèvre et à une protection assez efficace de la plaie récente, pour que l'innovation proposée par M. Lucas-Championnière ne soit pas nécessaire.

M. Monod, frappé comme beaucoup d'autres, de la reproduction rapide du tissu osseux au niveau de la cicatrice, propose de s'opposer à la réparation des côtes en disséquant et en enlevant leur périoste. Nous sortons ici complètement des limites de l'opération telle qu'elle a été jusqu'à présent pratiquée. Celle-ci tire une partie de sa bénignité de la conservation même de la gaine périostique, grâce à laquelle on évite sûrement de léser les artères, les veines intercostales et de pénétrer dans la cavité suppurée au ni-

veau de chaque segment que l'on enlève. Le périoste costal, dans ces cas pathologiques, est tellement adhérent au feuillet pleural et aux fausses membranes qui le tapissent, si voisin des vaisseaux et des nerfs, que je ne vois pas la possibilité de l'enlever sans transformer une plaie très simple en un foyer traumatique très complexe. Modification pour modification, je préférerais adopter aussitôt l'opération de Schede, telle qu'elle a été exécutée par Weinlechner et par M. J. Bœckel, et enlever toutes les parties molles qui recouvrent le foyer, en s'en remettant à la formation et à l'organisation d'une membrane granuleuse, du soin de combler la cavité ainsi créée. Mais, je le répète, la reproduction rapide du tissu osseux n'a pas empêché la guérison de se faire dans les cas où les résections ont été suffisamment étendues; et n'allons pas faire intervenir ici, sans nécessité, les expériences sur les animaux : que peut avoir en effet de commun l'ablation de côtes pratiquée sur des chiens et des lapins avec ce qui se passe à la suite de la résection de fragments de côtes chez des hommes d'âges divers, au voisinage d'un foyer d'inflammation chronique, dont l'influence sur la vitalité du périoste costal est démontrée par les productions que l'on trouve souvent à la surface des côtes? L'impossibilité d'appliquer les résultats de semblables essais à la pathologie humaine m'a déterminé à ne pas mentionner les expériences qu'Homen avait entreprises sur ce point et qui ne nous apprennent rien que nous ne puissions directement observer sur les sujets qui sont atteints d'empyème chronique.

J'ai, du reste, la satisfaction de constater que tous mes collègues, à peu près, sont d'accord avec moi sur les principales règles du manuel opératoire, de même que sur les indications de l'opération elle-même. Sur ce dernier sujet, je vous l'ai dit, mon récent insuccès ne me permet même pas de modifier mes conclusions essentielles, et si j'admets que le pronostic de l'opération peut être rendu très grave et sa terminaison fatale, par le fait de l'affaiblissement extrême du malade, des dimensions considérables du foyer à combler, et de la rétraction du poumon, au milieu de fausses membranes qui lui interdisent tout retour vers la paroi thoracique, il faut avouer que dans les observations que je vous ai citées, il est des exemples de lésions aussi étendues chez des malades non moins affaiblis qui ont cédé à l'opération dont s'est récemment enrichi la thérapeutique chirurgicale.

Il nous reste à formuler le vœu que les médecins apprennent à profiter des ressources de la méthode antiseptique pour évacuer de bonne heure, par l'incision, les épanchements purulents de la plèvre; ils éviteront de la sorte à leurs malades la nécessité ultérieure d'une résection costale, ou tout au moins les mettront, s'il

persiste une fistule pleurale incurable, dans les meilleures conditions pour recueillir le bénéfice de l'opération d'Estlander.

M. Marc Sée. Il ressort de ce que vient de dire M. Berger, qu'il y a trois contre-indications principales à l'opération d'Estlander : 1° dans les cas de petites fistules qui donnent issue à peu de pus, et où l'on peut obtenir la guérison sans opération ; 2° la deuxième contre-indication est relative à l'état général du malade : on devrait s'abstenir dans les cas où le malade est épuisé, extrêmement affaibli, et que son état inspire des craintes d'une fin prochaine ; 3° enfin, la troisième contre-indication est relative à la capacité de la cavité suppurante.

Lorsque par des injections on a reconnu que cette cavité est très considérable et que le poumon est très réduit dans ses dimensions, dans ces cas l'opération ne paraît pas avoir de chances de succès. Ainsi, si on peut injecter dans cette cavité un litre de liquide, on ne peut pas espérer la guérison ; il faudrait désosser pour ainsi dire la cavité thoracique pour obtenir le résultat désiré.

M. Berger. Au point de vue théorique, je serais de l'avis de M. Sée. Mais, pratiquement, il est impossible de s'assurer de la capacité de la cavité. La fistule étant déclive, pour remplir cette cavité, il faudrait renverser le malade la tête en bas ; du reste, quand l'injection dépasse certaines limites, les malades toussent, suffoquent, et on est obligé de s'arrêter. Quant à la contre-indication relative à l'état général, je rappellerai qu'un des opérés guéris d'Estlander était dans un état plus grave que mon malade. En conséquence, on peut admettre que lorsqu'un homme n'a pas d'autres chances de guérir, il faut intervenir quand même.

Pour mon malade, j'espérais que peut-être il se tirerait d'affaire. Il est très difficile de se baser sur l'état général des malades et dire avec une certaine précision dans quel cas l'opération est indiquée ou non.

Les dimensions considérables de la cavité ne sont pas toujours une contre-indication ; il existe plusieurs observations de grande amélioration chez des malades qui avaient des cavités très vastes.

En résumé, je crois qu'à l'heure actuelle il est très difficile de poser les contre-indications de l'opération d'Estlander.

La séance est levée à 5 heures 35 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance annuelle du 30 janvier 1884.

Présidence de M. Guéniot.

M. le président Guéniot prononce l'allocution suivante:

Messieurs et chers collègues,

L'année dernière, à pareille époque, frappé de l'exubérante activité de nos séances, j'avais l'honneur de vous dire: «Voilà, certes, un admirable courant de travaux qui se presse à cette tribunne; appliquons-nous à le retenir et à le diriger. Dans ce but sachons accroître la valeur de notre temps, supprimons les discussions d'un intérêt secondaire, prolongeons la durée de nos réunions, efforçons-nous, en un mot, de donner à tous encouragement et satisfaction ; ce sera bien servir la science en même temps que la Société de chirurgie. »

Eh bien, messieurs, je me plais à vous remercier, cet appel a été pleinement entendu. Grâce à votre concours, nos réunions se sont ouvertes à l'heure exacte et ont pu se prolonger souvent d'une manière inusitée; les discussions improvisées ont été sobres, fructueuses et bien réglées; celles dont l'objet a trait au procès-verbal ont été réduites aux plus justes proportions ; les questions personnelles, les revendications de priorité n'ont usurpé aucune parcelle de notre temps; bref, les heures précieuses que nous consacrons ici à la science ont été scrupuleusement utilisées.

Et cependant, telle est la fécondité du mouvement chirurgical dont vous êtes à la fois les témoins et les principaux acteurs, que jamais il n'a été possible d'épuiser les inscriptions de l'ordre du jour. Bien plus, nous avons vu ces inscriptions s'accumuler en tel nombre que des communications importantes, des rapports étudiés et impatiemment attendus n'ont pu vous être présentés qu'après un consigne forcée de plusieurs mois.

Cette surabondance de biens, cette affluence extraordinaire de travaux, je dois le dire, constitue pour notre Société un état de choses absolument nouveau. Naguère encore, nous traversions chaque année certaines époques de pénurie, pendant lesquelles souvent nos séances écourtées finissaient faute d'aliments. Ce n'était pas précisément de la langueur, mais quelque chose qui 'en rapproche. Aujourd'hui, nous débordons de sève, la pléthore

est devenu notre état habituel, mais heureusement une pléthore de vie qui atteste notre prospérité dans le présent et qui est toute de promesse pour l'avenir.

Afin de mettre à profit cette ardeur scientifique sans précédent, qui fait de cette enceinte le centre du mouvement chirurgical de notre pays, ne vous semble-t-il pas qu'il serait bon d'aviser et de modifier peut-être en quelques points certains de nos usages. De même que, pour conserver une santé vigoureuse, le voyageur doit conformer son hygiène aux climats et aux saisons, de même les sociétés savantes, pour se maintenir dans la voie du progrès, doivent adapter leur régime aux circonstances nouvelles que les temps font surgir. Ne précipitons rien; ce n'est pas la misère, c'est au contraire la fortune qui frappe à nos portes. Je me borne à poser la question; le temps et la réflexion nous aideront à la résoudre.

Le seul incident de l'année qui se soit produit dans le cours de nos séances se rattache précisément au nouvel état de choses que je viens de signaler. Vous n'avez pas oublié, sans doute, les circonstances qui l'ont fait naître. Des confrères de la province désireux de voir, après une longue attente, leurs travaux soumis à votre discussion, demandèrent qu'on voulut bien en presser les rapports afin, disaient-ils, que remis en possession de leurs manuscrits ils pussent aussitôt livrer ces derniers à l'impression. C'était là, bien évidemment, faute vénielle, commise par ignorance de nos usages. Une telle prétention n'en souleva pas moins de vives et légitimes protestations. Je dis légitimes, car sur ce point notre règlement, sans être explicite quant à la lettre, se montre absolument formel quant à l'esprit. Tout travail, en effet, qui nous est adressé ou qui nous est communiqué à cette tribune ne peut-être régulièrement publié par son auteur, avant que nos propres *Bulletins* n'en aient reproduit la mention, l'analyse ou le texte intégral. Procéder d'autre façon serait renoncer à l'insertion, dans le volume de nos *annales*, de cette mention, de cette analyse ou de cette reproduction intégrale.

Messieurs, certains esprits, enclins à la critique, prétendent que les sociétés savantes exaltent trop complaisamment leurs propres mérites. Que le fait soit exact, ou qu'il n'ait que les apparences du vrai, je ne le discuterai pas. L'exposé que je viens de faire démontre suffisamment que la Société de chirurgie peut se désintéresser de la solution d'un tel problème. Sans forfaire à la vérité, nous pourrions certainement, selon la coutume antique, marquer d'une pierre blanche le souvenir de l'année 1883. Mais, plus durables que la pierre blanche des jours prospères, nos *Bulletins et Mémoires*

perpétueront le témoignage de votre activité et de vos utiles travaux.

Il suffit, en effet, de parcourir ce beau volume de plus de mille pages pour reconnaître avec évidence que, loin d'être stationnaire, et à plus forte raison de déchoir, notre Société se maintient avec un entier succès dans la grande voie du progrès. On y trouvera, discutés avec toute l'autorité de l'expérience et du talent, les problèmes les plus élevés de la chirurgie, comme les sujets les plus modestes de la pratique courante. Une question en apparence bien vulgaire, celle du traitement primitif des fractures de la rotule, vous a conduits jusque dans les hautes régions du devoir professionnel, et vous avez rappelé ces grands principes d'humanité qui doivent toujours guider le chirurgien dans l'exercice de son art. « Ne traitez pas vos malades autrement que vous ne voudriez être traité vous-même. » — *Vérité dans la science, moralité dans l'art :* telle est, vous le savez, la noble devise de notre Société.

Ce sont ces principes tutélaires qui, de longue date, inspirant les chirurgiens français, leur ont fait découvrir les méthodes, dites conservatrices ; ce sont aussi ces mêmes principes qui donnent à votre pratique son cachet de prudence et de supériorité. Car, il ne faut pas l'oublier, l'objet essentiel et bienfaisant de la chirurgie est la guérison du malade et non la renommée de l'opérateur. Diviser, retrancher ou enlever systématiquement un organe important se peut-il réellement prendre pour une chirurgie bienfaisante, parce que le patient survit, d'ordinaire, pendant quelques jours, à cette mutilation ? Vous ne le pensez pas et, comme vous, la saine raison se refuse à le croire. Mais il ne m'appartient pas d'insister sur ces grandes questions qui ont été, de votre part, l'objet d'un examen sévère en février dernier. Du reste, notre zélé secrétaire annuel, M. Perier, va bientôt résumer devant vous les détails de cette grave discussion.

C'est une loi originelle de nos choses d'ici-bas, messieurs, que leur prospérité soit toujours mêlée de peine et d'amertume. Je viens de vous dire combien notre dernière campagne scientifique a été brillante et féconde ; maintenant, il me faut avec douleur dénombrer nos morts et nos blessés.

Parmi les membres honoraires, nous avons perdu les professeurs Cloquet et Depaul, deux noms justement célèbres qui ont marqué d'un trait lumineux leur passage dans la science. Parmi nos correspondants, les professeurs Sédillot et Michel (de Nancy), Drouineau père (de La Rochelle) et Spillmann ont disparu de ce monde après avoir donné à tous l'exemple d'une vie de travail et de dévouement.

Nous n'avons heureusement à regretter la perte d'aucun membre

titulaire; mais deux de nos collègues les plus aimés, MM. Le Dentu et Th. Anger, se trouvent depuis de longs mois séparés de nous par la maladie; séparation vivement regrettée qui, j'en ai l'assurance, approche enfin de son terme. En attendant l'heureux retour de ces sympathiques et distingués collègues, qu'ils apprennent par ma voix, que nos cœurs sont avec eux et que notre joie sera grande le jour où nous les reverrons prendre place parmi nous.

M. Tarnier nous a demandé de passer au rang des membres honoraires. Une satisfaction si légitime ne pouvait être refusée à notre ancien président de 1879; aussi, le titre de membre honoraire lui a-t-il été conféré à l'unanimité des voix. Malgré son éloignement momentané de nos séances, j'espère que notre excellent collègue ne leur dira pas un adieu définitif; car, la Société de chirurgie qui a toujours compté, parmi ses membres actifs, un certain nombre d'accoucheurs, se trouverait de la sorte par trop appauvrie.

Messieurs, c'est un honneur justement envié que celui de faire partie de notre Société à titre de correspondant national. Mais, cet honneur, que brigue chaque année l'élite des chirurgiens de la province, entraîne une légère obligation pécuniaire. Or, pendant notre campagne de 1883, l'un de nos vénérables correspondants, M. Houzelot (de Meaux), afin de s'affranchir de cette obligation, devenue trop lourde pour lui, s'est vu dans la nécessité de nous adresser sa démission. Malgré le très vif regret que nous avons eu de nous séparer ainsi d'un collègue infirme qui, dans sa longue vie de labeur, ne s'est enrichi que de bonnes œuvres, nous avons dû, par respect pour notre règlement, accepter cette démission. Mais une telle détermination nous a fait péniblement sentir une lacune de nos statuts, celle de ne pouvoir décerner à cet homme de bien un titre honorifique qui témoignât de la sincérité de notre estime pour lui.

Tous ces vides, que la mort ou la maladie ont pratiqués dans nos rangs, appelaient nécessairement un renfort de nouveaux collègues. Aussi, M. Reclus, encore jeune d'années, mais déjà en pleine maturité du talent et de l'expérience, a-t-il été désigné par vos suffrages pour venir siéger, comme titulaire, au milieu de nous. D'une autre part, nous avons nommé, parmi les chirurgiens étrangers, MM. Corradi (de Milan) et Soupart (de Gand), comme associés; puis, à titre de correspondants, MM. Julliard (de Genève) et Clément-Lucas (de Londres). Enfin, MM. Dieu (à Blidah), Queirel (de Marseille) et Folet (de Lille), ont été proclamés correspondants nationaux. Tous ces noms, si honorablement connus

dans la science, nous permettent de compter, pour l'avenir, sur une collaboration active et fructueuse.

Tel a été, messieurs, le mouvement de notre personnel pendant l'année 1883.

Quant aux mutations que vos suffrages ont décidées et qui vont se produire dans la composition de votre bureau, il est presque superflu de vous rappeler que, dès la prochaine séance, notre aimable et savant collègue, M. Sée, prendra en main le gouvernail de la présidence. M. Duplay, comme vice-président, sera son second, en attendant qu'il devienne premier à son tour. M. Horteloup, notre secrétaire général, reste immuable à son poste de vigie. M. Championnière prend la succession de M. Perier, comme premier secrétaire, et M. Gillette doit seconder M. Championnière dans sa tâche à la fois si laborieuse et si importante. Enfin, notre habile trésorier, M. Berger, et notre savant archiviste, M. Terrier, ont apporté dans l'accomplissement de leur mission respective un zèle si méritoire, qu'ils ont eu l'honneur d'être acclamés, pour une nouvelle année, comme titulaires des mêmes fonctions.

Je ne ferai que passer rapidement sur l'état de nos finances. Il me suffit de vous dire que, malgré les charges considérables qui pèsent sur notre trésor, les revenus provenant, soit des cotisations et des amendes, soit des abonnements à nos publications, soit de diverses autres sources, nous ont permis de couvrir sans peine le chiffre de nos dépenses. Notre budget de 1883 doit, en effet, se solder par une économie nette d'environ 1,500 francs.

Grâce à la prudente insistance de notre vigilant secrétaire général, la petite question d'argent qui, depuis plusieurs années, restait en suspens au ministère de l'instruction publique, a été finalement résolue, je puis le dire, à l'honneur des deux parties. Moyennant l'abandon annuel d'une vingtaine d'exemplaires de nos *Bulletins et Mémoires*, nous recevrons désormais de ce ministère une allocation de 800 francs. Et déjà, pour l'année 1883, l'arrangement intervenu a reçu presque entièrement son exécution.

Enfin, comme annexe à notre situation de finances, je suis heureux d'enregistrer ici, avec reconnaissance, le don précieux que nous devons à la libéralité de notre vénérable confrère, M. Manec, chirurgien honoraire de la Charité. Il s'agit d'un tableau original d'Horace Vernet, offert par ce grand peintre « à son ami Manec », et qui représente la jeune fille à l'hypertrophie mammaire, dont la guérison, obtenue par l'habile chirurgien, eut, en 1858, un si grand retentissement.

Vous le voyez, Messieurs, non seulement nos finances sont prospères, mais encore nos archives s'enrichissent, et, chose plus essentielle, nos séances débordent d'activité et d'intérêt. Jamais le

public qui en suit les discussions n'a été plus nombreux, ni plus attentif ; de même que l'essaim de confrères qui en recueillent la substance, pour la porter ensuite aux absents, n'ont jamais été plus empressés ni plus scrupuleux.

L'an dernier, mon ami et prédécesseur, M. Labbé, terminait son discours par un appel chaleureux au progrès. Aujourd'hui, permettez-moi de finir par ces simples mots : Avançons sûrement, et surtout ne dévions pas.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE L'ANNÉE 1883,

Par M. Ch. Perier, secrétaire annuel.

Messieurs, chaque année, votre secrétaire, à l'expiration de ses fonctions, doit vous présenter un aperçu de vos travaux. Invariablement il admire combien l'année qui vient de s'écouler a été féconde, combien grande a été votre activité. Il est tenté de croire qu'aucune des années précédentes n'a égalé en importance celle dont il a mission de vous restituer la physionomie.

Cette illusion est toute naturelle. Le mouvement incessant des idées fait surgir à chaque instant des questions qui nous attirent et rejette au second plan celles qui, naguère, nous passionnaient.

Toutefois je puis affirmer que l'année 1883 ne le cède aux autres ni par l'activité que vous avez déployée, ni par l'importance des questions qui ont été l'objet de vos débats.

Il y a deux ans, à cette même place, notre cher collègue, M. Le Dentu, que nous nous rejouissons de voir bientôt revenir au milieu de nous, vous exprimait le regret que le budget de la Société ne lui permît pas de recourir à la sténographie. Grâce à l'obligeance d'un jeune chirurgien de talent, cette lacune a pu être comblée, au moins pour cette année. Le mérite de votre secrétaire peut en avoir subi une atteinte, mais vous aurez du moins un tableau plus fidèle de vos séances, animées par les grandes discussions encore présentes à votre esprit.

Parmi ces discussions il en est une qui a eu la plus grande influence sur la marche de vos travaux ; engagée dès le mois de février, vous en entendiez l'écho dans la dernière séance de l'année.

Le 14 février, M. Verneuil vous donna lecture d'un rapport sur une observation recueillie par son chef de clinique, M. Redard.

Il s'agissait d'un tuberculeux albuminurique atteint de suppura-

tions oseuses multiples, qui subit l'amputation de la jambe, opération dont les suites furent extrêmement simples et qui améliora singulièrement l'état du malade. Mais l'analyse chimique des urines révéla cette particularité, que la quantité d'albuminium recueillie le cinquième et le sixième jour après l'opération était trois fois supérieure à celle qu'on avait notée avant l'intervention chirurgicale.

M. Verneuil voit dans ce fait une aggravation temporaire de l'affection rénale ou pour le moins un retentissement non équivoque de la blessure sur la glande malade, une démonstration évidente d'un fait général, sur lequel il tient à appeler l'attention des chirurgiens ; l'*Action aggravante du traumatisme sur les propathies ou états pathologiques antérieurs*. — Il sait bien que les chirurgiens ne contestent pas cette action, mais ils n'en tiennent pas assez compte, l'asepsie des blessures et l'apyrexie des blessés tendant à devenir le but exclusif qu'ils aient à atteindre pour que leur conscience soit en repos.

Cet entraînement, notre éminent collègue le juge regrettable. Il cherche donc a réunir patiemment des faits précis, indiscutables et assez nombreux pour impressionner les chirurgiens et les ramener dans la bonne voie dont ils tendent à s'écarter; il veut qu'on s'occupe avec une sollicitude égale du personnage particulier qu'on soigne et de l'état organique dans lequel il se trouve.

M. Trélat repondant le premier à l'appel de M. Verneuil conteste la valeur des déductions qu'il a tirées de l'observation de M. Redard. En fait, l'état du malade de M. Redard était, malgré l'augmentation d'albumine, bien plus enviable après qu'avant l'opération. Et discutant les autres observations du rapport, M. Trélat arrive à la conclusion suivante : « Les états pathologiques préexistants, chez les opérés ou les blessés aggravent de façons diverses et dans des mesures variées le pronostic des blessures; il faut donc rechercher avec le plus grand soin ces importants éléments de pronostic ou de détermination opératoire. » Vous voyez qu'en n'admettant pas la loi posée par M. Verneuil, M. Trélat n'en tient pas moins un compte sérieux de l'état organique de l'individu blessé.

Le champion des vieux maîtres, M. Desprès, intervient pour revendiquer en leur faveur la théorie qu'expose M. Verneuil, et conteste qu'une diathèse rende toujours une plaie plus grave; un diathésique ne meurt pas de sa diathèse, il meurt d'une dernière complication, mais avant le moment psychologique où toute inflammation amène la mort avec des symptômes inattendus, tous les accidents même graves peuvent guérir.

S'attachant plus spécialement à l'étude des tuberculeux et des cancéreux, M. Berger appuie la proposition de M. Verneuil. Mais

voici M. Richelot apportant une observation fort curieuse. Celle d'un homme à la fois arthritique, paludique, diabétique et alcoolique : quatre diathèses! Faut-il voir dans cet imposant ensemble un de ces systèmes compensateurs qui maintiennent au même niveau le centre de gravité par neutralisation des effets de leur différentes pièces? Toujours est-il que le malade subit l'extirpation d'un large épithéliome intra-buccal, et que les suites de cette opération grave furent des plus bénignes. Le malade « a guéri mieux et plus vite que ne l'auraieut fait à sa place bien des hommes plus jeunes et sans trace de lésion antérieure ». Ainsi s'exprime M. Richelot, et il ajoute qu'en dépit de sa maladie, cet homme avait encore de bons tissus. Ce serait donc le degré de déchéance de l'organisme, bien plus que la diathèse elle-même, qu'on devrait considérer comme l'élément principal du pronostic.

Le promoteur de la discussion, M. Verneuil, reprend la parole. Après avoir démontré, texte en main, qu'il n'a jamais eu la prétention d'avoir fait une découverte, il se défend du reproche de généralisation excessive. Il n'a pas dit que le traumatisme aggrave *toujours* les propathies, mais qu'il peut exercer et souvent en effet exerce sur elles une action puissante, et il ajoute que cette action peut être salutaire ou nuisible, ou à la fois salutaire et nuisible.

Les aggravations sont-elles très exceptionnelles, ou rares, ou ou bien assez fréquentes pour qu'on doive en tenir compte dans la pratique?

Cherchant la réponse, il constate d'abord qu'il n'y a aucune dyscrasie, aucune affection organique isolée dont le traumatisme ne puisse assombrir le pronostic; il fournit des preuves en ce qui concerne l'alcoolisme, le diabète, le paludisme, la syphilis, la goutte, le rhumatisme, la scrofule, la tuberculose ; il passe rapidement sur le scorbut, l'hémophilie, la leucocytémie, le morphinisme, le saturnisme, sur les maladies *totius substantiæ* qu'il nomme panpathies ; il examine successivement les effets du traumatisme sur les affections chroniques limitées aux organes majeurs : cerveau, poumons, cœur, foie et reins.

Oui, l'aggravation a lieu dans des proportions assez grandes pour attirer l'attention. Quant à savoir pourquoi tel diathésique reçoit le contre coup du traumatisme alors qu'un autre diathésique semblable et vulnéré presque identiquement reste à l'état de blessé simple, c'est une chose différente. Actuellement on l'ignore, mais si l'on veut patiemment accumuler les exemples, un jour viendra où l'interprétation sera possible. Le fait de M. Richelot, celui de l'homme aux quatre diathèses, n'est pas aussi contradictoire qu'il le paraît. Cet homme avait subi un traitement préalable

très judicieusement institué, sans lequel les choses auraient pu suivre un cours différent. L'arthritisme seul n'avait été l'objet d'aucune mesure, et justement il s'est réveillé sous forme d'un accès de colique hépatique, trois semaines après l'opération.

A l'appui des idées de M. Verneuil, M. Polaillon rapporte un cas de méningite tuberculeuse développé après évidement d'un calcanéum carié, mais cependant il considère les faits analogues comme rares, et ne partage pas l'opinion de ceux qui comme M. Berger pensent que les opérations aggravent presque fatalement l'état des tuberculeux ; au contraire, il est certains d'entre eux dont l'état n'est pas modifié, d'autres enfin éprouvent une amélioration très franche : tel est ce jeune homme dont les poumons ont été améliorés après une amputation de cuisse et qu'il vous a présenté dans la séance du 4 juillet. Le point difficile est de savoir quels sont les tuberculeux qu'il ne faut pas opérer, mais on ne doit pas refuser systématiquement l'intervention puisque certains tuberculeux peuvent en tirer un grand bénéfice.

L'accord paraît exister sur le fond du débat, M. Trélat le constate ; mais pour lui cela ne suffit pas, il faut des règles pour la saine pratique chirurgicale. Ces règles sont posées pour certains cas particuliers. L'abstention en cas de cancers viscéraux par exemple, de néphrite, de cirrhose. Mais le plus souvent la question est complexe. En effet, toute opération importante comporte trois ordres de faits constants et fondamentaux : 1° l'ensemble des phénomènes psycho-nerveux spéciaux à l'individu qui se résout à la subir ; 2° la possibilité d'une perte de sang qui aboutirait à l'anémie ; 3° le travail plastique qui doit avec ou sans fièvre avoir pour résultat final la cicatrisation de la plaie.

Dans l'interprétation des effets du traumatisme ne vaut-il pas mieux tenir un compte à part de ces divers facteurs que de prendre le trauma tout en bloc. Ainsi pour le diabète, il est facile de citer un grand nombre d'opérations chez des diabétiques sans aucun accident, et d'autre part vous voyez, pour une émotion vive sans traumatisme, un diabétique succomber rapidement dans le coma Chez les malades cités par M. Verneuil, le traumatisme peut très bien n'avoir agi que comme cause émotive banale ; il n'est pas jusqu'à l'albuminurie qui ne puisse apparaître passagèrement sous une influence nerveuse réflexe.

Le point véritablement important de la discussion, c'est la tuberculose, et M. Berger est venu à cet égard formuler des conclusions précises. D'après lui, il ne faut pas opérer un homme qui a une manifestation importante de cette diathèse, et M. Verneuil, dans son deuxième discours, a fourni de nombreux exemples à l'appui de cette manière de voir ; mais M. Trélat trouve que la tuberculose

aurait pu se comporter de même chez les mêmes individus en dehors de tout traumatisme.

Au point de vue de la thèse à défendre, la tuberculose est un mauvais exemple, et il y aurait danger de voir nombre de praticiens donner aux paroles de MM. Berger et Verneuil un sens trop exclusif et en induire que le chirurgien ne doit pas toucher aux tuberculeux.

Pour la troisième fois, M. Verneuil remonte à la tribune. Il veut circonscrire le débat à la tuberculose que M. Trélat dit ne pas convenir à la démonstration. Il apporte en grand nombre de nouveaux exemples où la corrélation entre le trauma et la manifestation tuberculeuse s'impose, en raison de la brièveté de l'intervalle compris entre l'acte chirurgical et la manifestation médicale.

Comment s'opère l'aggravation? Peut-être de plusieurs manières. Lorsqu'il y a plusieurs lésions viscérales préexistantes, ce serait par retentissement sur le lieu de moindre résistance; si, au contraire, il n'y a qu'un foyer unique, celui sur lequel on opère, il est possible que ce soit par auto-inoculation. Dans ce cas, l'intervention mécanique favoriserait la pénétration de la matière tuberculeuse dans le torrent circulatoire.

En insistant sur tous ces faits, M. Verneuil veut éveiller la défiance des opérations chez les tuberculeux, mais il n'en a jamais formulé l'interdiction, et il n'en continuera pas moins à opérer les tuberculeux qu'il jugera en avoir réellement besoin.

Je n'ai jamais donné d'autres conseils, dit M. Trélat, mais je ne puis admettre que vous éleviez le traumatisme au rang d'entité morbifique, que vous en fassiez une puissance si étrange que la simple ponction d'un abcès produise des effets semblables à ceux d'une résection de la hanche.

Il faut distinguer les cas, les peser chacun avec sa valeur propre et ne pas chercher à les réunir dans une synthèse fallacieuse. Au point de vue pratique, la divergence cesse; il faut tenir le plus grand compte de l'état général du futur opéré et n'agir qu'avec sa guérison définitive ou son soulagement temporaire pour guide.

Selon M. Desprès, il n'est pas difficile d'apprécier l'état d'un tuberculeux : un vieux chirurgien ne s'y trompe jamais. Pour lui, la règle de conduite est bien simple : il n'opère que les tuberculeux qui ne sont pas arrivés à leur déclin; et plus la tuberculose est près de sont début, moins on doit redouter une aggravation.

M. Verneuil maintient que la tuberculose reçoit du trauma un choc formidable ; M. Trélat maintient que M. Verneuil n'a pas émis une doctrine précise, et la discussion semble close par cette phrase de M. Verneuil, à l'adresse de ses contradicteurs : « Vous voulez que la médecine opératoire tente le plus de guérisons possible;

moi, je demande qu'elle fasse le moins de victimes possible. Voilà la nuance qui nous sépare. »

Malgré les apparences, la discussion ne reste pas fermée. Pendant qu'elle durait, et bien des fois depuis, des communications vous ont été faites sur des questions de même ordre : je vous citerai l'observation de M. Poncet, de Lyon, sur une méningite tuberculeuse développée dix jours après le raclage d'un abcès froid ganglionnaire ; celle de M. Maunoury, de phtisie aiguë après un triple traumatisme, et où M. Després ne voit qu'un cas d'infection purulente; un rapport de M. Richelot sur un travail de M. Vieusse relatif à l'influence du traumatisme sur le paludisme; un rapport de M. Verneuil sur deux observations de tuberculeux opérés de fistule anale par M. Jeannel, et chez lesquels la tuberculose fut améliorée, en même temps que les plaies restèrent ulcéreuses.

De même, M. Chauvel est intervenu indirectement comme rapporteur d'une observation de M. Demmler, qui avait amputé avec succès les deux jambes d'un cachectique paludéen alcoolique, atteint de gangrène des deux pieds, et glycosurique depuis l'apparition de la gangrène. Chez cet homme de 51 ans, l'opération semblait contre-indiquée. Cependant, elle le place dans des conditions favorables de guérison, la glycose diminue dans les urines après la première amputation et disparaît après la seconde.

M. Chauvel, constatant les divergences dans les observations communiquées par les différents orateurs qui ont pris part à la discussion pendante, se demamde où trouver l'explication de faits aussi dissemblables. Il n'admet même pas que ce soit dans la période de la diathèse ni dans la débilitation du sujet qu'il faille la chercher. Ce n'est pas non plus dans l'intensité du traumatisme. Peut-être serait-ce dans la nature du processus morbide, dans la structure des tissus envahis, dans la constitution anatomique des parties atteintes. Mais notre collègue pose ces questions sans pouvoir les résoudre, et se contente de tirer de cette observation une conclusion encourageante pour les chirurgiens, c'est que le traumatisme n'a pas toujours de funestes effets, et qu'il ne faut jamais désespérer.

N'est-ce pas encore la discussion sur le traumatisme et les propathies qui nous a valu l'intéressante observation de M. Villeneuve, de Marseille, sur l'éveil d'une hystéro-épilepsie par un traumatisme opératoire. La cause efficiente, ainsi que le fait remarquer le rapporteur, M. Terrier, a bien été le traumatisme. MM. Nicaise, Verneuil, Polaillon vous ont cité quelques faits, les uns analogues, les autres où l'anesthésie seule était en jeu et agissait chez certaines malades en provoquant des crises, chez d'autres en les supprimant.

Voyez, messieurs, à combien d'inconnues nous nous heurtons, lorsque nous voulons arriver à des notions un peu précises, sur les rapports qui existent entre le traumatisme et les troubles constitutionnels. Il ne suffit pas d'accumuler les faits, il faut encore qu'ils soient analysés avec un tel soin qu'il ne puisse y avoir de doute sur la valeur qu'on peut leur attribuer. Et que d'éléments dans le problème ! La variété infinie des dispositions individuelles, les incessantes modifications des conditions mésologiques, les différences considérables entre les traumatismes au point de vue de leur étendue et de leur siège, des tissus lésés, de la manière dont ils sont lésés !

A poser des équations aussi complexes, il y a de quoi faire pâlir un calculateur consommé. Que ce ne soit pas pour nous un motif de découragement, efforçons-nous au contraire de pénétrer plus avant dans l'intimité des faits qui se présentent à notre observation. Si nous ne trouvons pas toujours la solution désirée, au moins nous aurons développé chez nous ce qu'on nomme le sens clinique, sans lequel on ne sera jamais qu'un praticien médiocre. Remercions donc ceux qui nous montrent la voie.

Parmi les questions qui sont du domaine de la pathologie générale, il en est d'autres qui ont été l'objet de discussions intéressantes; la pustule maligne, le rachitisme et la syphilis entre autres.

Une observation de *pustule maligne spontanément guérie,* vous a été présentée par M. Reclus. Après diverses objections de MM. Després, Championnière, Terrier, Sée et Pozzi, l'accord s'est fait sur la question de pratique, car tous vous considérez comme un devoir de ne pas compter sur la possibilité d'une guérison spontanée dans le traitement de la pustule maligne.

M. Chipault nous a cité un bel exemple de guérison d'œdème malin des paupières où le traitement iodé seul a été employé en injections sous-cutanées, en boissons et en pansements locaux.

Existe-t-il une étroite parenté entre le *rachitisme et la syphilis héréditaire ?*

M. Lannelongue vous a communiqué une observation qu'il a considérée comme venant à l'appui de la doctrine professée par M. Parrot.

Le très regretté professeur, sur l'invitation de la Société, voulut bien présenter dans une des séances suivantes, les pièces anatomiques qui lui ont servi à assimiler la syphilis tertiaire au rachitisme. Cette présentation fut accompagnée d'un brillant exposé de

ses idées. Séance tenante, M. Magitot formula des réserves sur la valeur de l'érosion dentaire, en tant que signe pathognomonique de la syphilis héréditaire.

De son côté M. Després protesta au nom de l'observation contre une généralisation excessive. Il admet que 10 0/0 au moins des rachitiques ne sont pas syphilitiques.

M. Cazin de Berck ne peut non plus se résoudre à accepter la parenté établie par M. Parrot, entre la syphilis, maladie diathésique rarement curable *sponte suâ* et le rachitisme, maladie générale qui se modifie presque d'elle-même pourvu que l'on change les conditions hygiéniques de ceux qui en sont atteints. Les recherches qu'il a faites dans le grand centre d'observations où il exerce, montrent combien est faible la proportion des enfants rachitiques portant l'un quelconque des stigmates cités comme caractéristiques.

D'après notre savant correspondant, la seule déduction que l'on puisse se permettre dans l'état actuel de la science, est que la syphilis, au même titre que la scrofule, peut, en tant que cause de détérioration de l'individu et de l'espèce, prédisposer au rachitisme. S'il ne sait pas encore ce qu'est au juste le rachitisme, il sait au moins ce qu'il n'est pas; une métamorphose de la syphilis.

Avec MM. Magitot et Championnière, la question passe dans le domaine de l'ethnographie, puis dans celui de la pathologie préhistorique; enfin M. Guéniot vous communique une observation très précise de rachitisme congénital guéri; une enquête rigoureuse démontre l'absence de syphilis chez les parents. Ce fait à lui seul suffirait à détruire la loi posée par M. Parrot en lui retirant son caractère de généralité. M. Guéniot terminait par ces mots : Aujourd'hui que nous déplorons la perte du professeur Parrot, il est douteux que l'opinion de cet éminent confrère soit désormais reprise et défendue avec le même talent.

En nous associant aux regrets exprimés par notre président, émettons le vœu que cette opinion ne soit pas reprise, car le jour où vous aurez démontré que le rachitisme est le fils de la syphilis, vous aurez doté bien des familles d'un blason dont elles n'auront pas lieu d'être fières. Ce serait alors le cas de répéter que toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire.

Il est à remarquer que si, dans le cours de cette année, *la méthode antiseptique* n'a pas été l'objet d'un débat spécial, elle a été dans la plupart de vos discussions un des principaux éléments de la discussion elle-même, je dirais presque : sa raison d'être.

Un seul de nos collègues en nie la valeur. Suivant son habitude, il vous a apporté sa statistique, espérant vous montrer que

la pratique d'il y a trente ans vaut autant, sinon plus, que la pratique actuellement en faveur. Ceux d'entre nous qui ont directement expérimenté les moyens propres à assurer l'asepsie des plaies ne peuvent se laisser ébranler. Mais tous n'ont pas une foi égale dans les procédés antiseptiques, car les uns ne vont pas jusqu'à tenter certaines opérations où d'autres s'aventurent en toute confiance.

Si nous abordons la *chirurgie des os et des articulations*, nous voyons que c'est à cette confiance que vous devez la belle observation de M. Nicaise, qui a extirpé avec succès des *fibromes douloureux sous-périostiques du genou* en ouvrant l'articulation. La communication de notre collègue a été l'objet de remarques relatives à l'anatomie pathologique, mais n'a soulevé aucune objection de votre part quant à la nature de l'intervention.

La réduction des *luxations irréductibles de la hanche* par la méthode sanglante n'a pas été non plus de votre part l'objet d'une critique, du moins en ce qui concernait l'ouverture d'une grande articulation. M. Polaillon, auteur du travail, n'a trouvé de contradicteur qu'en M. Tillaux, qui ne croit pas à l'irréductibilité de la luxation coxo-fémorale.

Il n'en a plus été de même lorsque, à la suite du rapport de M. Chauvel, à propos du malade auquel M. Beauregard, du Havre, avait *suturé une rotule fracturée*, M. Championnière et M. Pozzi, ont relaté chacun un cas, où ils avaient ouvert l'articulation dans le même but. MM. Gillette, Verneuil, Larger, Le Fort, Richelot, Després, Labbé, Trélat, ont les uns rejeté absolument toute intervention opératoire, les autres réservé la suture pour des cas absolument exceptionnels, préconisant la ponction articulaire comme moyen d'abréger la durée du traitement et de favoriser la soudure des fragments. M. Richelot a insisté particulièrement sur la valeur de l'athropie musculaire comme cause de l'impotence du membre.

L'*ostéotomie*, qui ne tend à se généraliser que grâce à la méthode antiseptique, a été l'objet d'un débat des plus intéressants, à l'occasion d'un rapport de M. Polaillon sur quelques observations de M. Dubourg. Vous avez donné la préférence à l'ostéoclasie, quand le redressement de la déviation, au moyen d'appareils, ne paraissait pas possible, et vous avez réservé l'ostéotomie pour des cas particuliers, où la fracture des os semblerait devoir entraîner de grands désordres ; chez l'adulte, par exemple, et en cas d'ankylose osseuse. Mais cependant la discussion sur le traitement du *genu valgum* et des *déviations rachitiques* n'est pas terminée, et il appartiendra à mon successeur de vous en rendre compte dans son ensemble.

La tarsotomie est revenue encore une fois en discussion par l'importante communication de M. Eugène Bœckel sur le *traitement des pieds bots invétérés par l'extirpation de l'astragale.* Répondant aux objections de MM. Anger, Després et Polaillon, notre sympathique correspondant entend ne proposer cette opération qu'après essai infructueux des moyens orthopédiques, et seulement en cas de pied bot osseux. Suivant lui, le pied bot osseux ne succéderait pas nécessairement au pied bot tendineux, qui reste justiciable de la ténotomie; enfin, l'extirpation de l'astragale n'entraînerait pas une diminution appréciable dans la longueur des membres.

Puisque nous sommes sur le chapitre de la *médecine opératoire,* terminons ce qui la concerne en vous rappelant une très courte discussion sur la valeur de la *suture osseuse dans l'amputation ostéo-plastique du pied,* à l'occasion d'une communioation de M. Pamard ; le beau résultat obtenu par M. Polaillon dans un cas de *résection du poignet* et l'important travail de M. Ollier sur la résection *radio-carpienne.* Enfin, une contribution à l'étude des *résections du coude,* par M. Nepveu.

M. Larger a essayé de ramener la Société à l'unité de vue sur la question de la périostite diffuse ou de l'ostéomyélite, et proposé la dénomination de *phlegmon diffus osseux juxta-conjugal.* Nous lui devons aussi la description d'un appareil analogue à l'écharpe de Mayor pour les *fractures de clavicule,* et suivant lui préférable à celui de M. Richon que nous a fait connaître un rapport de M. Chauvel.

Sur le chapitre des *luxations,* j'ai à vous signaler tout d'abord une communication de M. Verneuil : *Les luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire ou des arthrites aiguës et leur réduction immédiate.* Sept observations établissent nettement l'existence de cette variété de luxations, qui seraient dues à l'action musculaire, s'exerçant sur une articulation en attitude vicieuse dont les ligaments auraient perdu leur résistance. — MM. Trélat et Després font des réserves, M. Marjolin croit que ce serait une faute de rejeter complètement l'influence de l'hydarthrose dans la production de la luxation coxo-fémorale. M. Reclus cite au contraire un certain nombre de faits où l'action musculaire peut seule être invoquée.

Je rapprocherai de la note de M. Verneuil celle de M. Guermonprez sur les *lésions tardives après traumatisme du rachis.* Elle a soulevé une discussion sur le rapport qui peut exister entre une lésion de la moelle et une luxation spontanée (celle de la rotule, dans le cas particulier). La négative a été soutenue par MM. Chau-

vel et Desprès; l'affirmative par MM. Sée et Terrier. Cette discussion nous a valu de la part de M. Desprès une intéressante observation de *fracture itérative de la colonne vertébrale*.

Les maladies du *système vasculaire* ont été représentées par un travail de M. Reclus sur le traitement des anévrismes artério-veineux et par quelques observations d'angiomes.

Le mémoire de M. Reclus et le rapport de M. Verneuil doivent être lus en entier, je ne saurais, sans prolonger cette séance, vous signaler les nombreuses questions de pratique visées dans ces travaux.

Que ne puis-je aussi m'étendre sur les observations d'*angiomes* de MM. Berger, Delens et Poulet.

Comme toutes les nouvelles opérations, l'*élongation des nerfs* a joui au début d'une très grande faveur, aujourd'hui l'enthousiasme est sensiblement refroidi. L'observation de M. Longuet et la discussion qui a suivi le rapport de M. Chauvel ne sont pas faites pour le ranimer.

Les *sections et sutures nerveuses* vous ont permis de traiter d'intéressantes questions de physiologie. D'une note sur l'*innervation collatérale à propos d'une résection du nerf médian*, par M. Richelot, d'une observation de *suture du radial*, par M. Polaillon, de *suture du médian*, par M. Chrétien, il semble résulter qu'on peut espérer obtenir par la suture nerveuse le rétablissement complet des fonctions.

Passant en revue la chirurgie des régions, je vous citerai les belles observatlons de *trépanation tardive*, de M. Demons et de M. Maurice Perrin, celles de *sclérose hypertrophique de la peau du nez*, par M. Baudon; de *lipome de la langue*, par M. Cauchois, avec rapport par M. Pozzi; de *tumeur dermoïde du plancher buccal*, par M. Dardignac.

J'ai à vous signaler plusieurs rapports sur différentes *maladies des yeux*. Celui de M. Desprès, sur une observation de *fistule de la région lacrymale, d'origine dentaire*, adressée par M. Parinaud. Celui de M. Chauvel, sur un intéressant travail de M. Dieu, qui a réuni tous les faits de *kyste hydatique de l'orbite*, épars dans la littérature médicale; plusieurs rapports de M. Terrier sur les travaux de M. Chavernac, *Retour à la méthode de Daviel;* Dianoux, *Malaxation de l'œil après la sclérotomie*; Nicati, *Blessures de l'œil;* enfin une note personnelle de notre collègue sur *l'emploi du jéquirity* contre la conjonctivite granuleuse.

A propos de la *thyréoïdectomie*, M. Verneuil vous a signalé cer-

tains dangers de la forcipressure, et M. Pozzi vous a montré l'avantage de la trachéotomie préalable en certains cas complexes ; elle facilite non seulement la dissection, mais aussi la chloroformisation et secondairement diminue l'hémorragie.

Les *kystes du cou* étrangers au corps thyréoïde sont souvent d'une nature difficile à déterminer, témoin ceux qu'a extirpés M. Terrillon. Il croit reconnaître une origine ganglionnaire alors que MM. Lannelongue et Trélat voient une origine vasculaire; nos deux collègues ont promis de vous communiquer des faits propres à élucider cette pathogénie encore obscure.

L'empyème laisse à sa suite des fistules qu'on essaie de guérir aujourd'hui par la *résection costale.* Les observations qui vous ont été présentées par M. Bouilly ont été l'objet d'un remarquable rapport de M. Berger ; mais comme la discussion qui a suivi s'est ouverte cette année, il appartiendra à mon successeur de résumer le débat qui n'est certainement pas encore épuisé.

Depuis que l'ouverture du péritoine a cessé de terrifier les chirurgiens, vous voyez chaque année la hardiesse des opérateurs augmenter, et les opérations sur les viscères intra-abdominaux devenir pour ainsi dire illimitées. Vous avez le souvenir des observations de *gastrostomie* de M. Tillaux, de M. Berger, de M. Championnière, et des notes de MM. Sée, Larger et Faucon.

Il résulte de votre discussion que s'il n'y a pas de doute quant à l'opportunité de l'opération lorsqu'il s'agit de rétrécissements fibreux, œsophagiens, il n'en est pas de même lorsqu'on a à combattre le cancer. Dans ce cas, l'opération, pour réussir, devrait être pratiquée de très bonne heure, avant même l'obstruction œsophagienne, mais alors les malades pourraient vivre plusieurs mois sans opération, et M. Verneuil pense que dans ces conditions le bénéfice attribué à la gastrostomie sous le nom de survie se trouverait largement compensé.

L'intégrité des parois abdominales n'a pas empêché M. Bouilly d'aller à la recherche de *l'intestin rompu par un coup de pied de cheval,* de le suturer et de l'abandonner après avoir fermé l'abdomen. Le troisième jour une fistule stercorale s'établissait au niveau de la plaie, et le malade entrait en bonne voie de guérison lorsque le dixième jour une simple tentative d'exploration fut malheureusement suivie d'une péritonite qui entraîna la mort en moins de 24 heures. L'enseignement que vous avez tiré de cette belle observation est que la cure de semblables lésions doit être tentée en deux temps ; il faudrait établir d'abord et franchement un anus contre nature, dans des conditions aussi favorables que possible, et ne songer à le guérir que plus tard.

L'étranglement dans la *hernie inguinale congénitale* peut avoir pour siège le rétrécissement péritonéo-vaginal situé à la partie inférieure du sac. M. Trélat vous a communiqué une note intéressante sur cette question, et a attiré votre attention sur la forme singulière que prend la hernie dans ces conditions.

L'opération en cas d'*épiplocèle étranglée* est regardée comme inutile par ceux d'entre vous qui pensent que la guérison est la règle ; M. Terrier, dans son rapport sur une observation de M. Piéchand, estime au contraire qu'on peut opérer un malade qui se présente avec les symptômes d'une épiploïte. Il bénéficie de la cure radicale que l'on doit toujours, à moins d'impossibilité, tenter au cours de toute opération de hernie étranglée, et on lui évite la formation d'une de ces *cordes épiploïques* dont les conséquences vous ont été exposées dans un travail de M. Bouilly.

A propos de l'*hystérectomie* et de l'*ovariotomie*, vous avez entendu les rapports de M. Terrier sur les observations de M. Villeneuve; de M. Championnière sur les mémoires de M. Queirel et de M. Fort ; puis les communications de M. Terrillon relatives, l'une à la suture et la réduction du pédicule dans les cas d'hystérectomie, et l'autre concernant la conduite à tenir dans les cas de kystes ovariques inclus dans le ligament large ; il ne s'agit plus d'adhérences entre deux surfaces péritonéales que l'on peut toujours décoller plus ou moins facilement : ici, c'est une véritable dissection ou une décortication qu'il faut faire ; on y réussit plus ou moins complètement.

Lorsque l'énucléation est impossible, on est obligé de laisser une partie des parois kystiques, qu'il est de règle de fixer à la plaie abdominale, condition fâcheuse, parce qu'entre autres accidents elle expose au bourgeonnement continu et à la récidive aux dépens des débris du kyste.

L'ouverture du péritoine est inévitable dans l'extirpation du *cancer ombilical;* l'opération pratiquée avec succès par M. Després en est une preuve de plus.

Les ruptures musculaires de la paroi abdominale sont assez rares, et, sur la proposition de M. Polaillon, vous avez voté l'impression d'une observation *d'épanchement sanguin de la cavité de Retzius*, consécutif à un traumatisme de ce genre qui vous avait été adressée par M. Gripat.

Vous avez reçu de M. Lizé, du Mans, une lettre relative à un cas de *fissure anale chez une fille de 4 ans*, guérie par des moyens simples.

M. Villeneuve, a pensé être le premier qui ait dilaté l'urètre pour faciliter l'opération de la fistule vésico-vaginale. M. Polaillon

vous a montré que notre confrère de Marseille s'était rencontré avec M. Cruveilhier pour cette application spéciale de la *dilatation uréthrale*.

Une curieuse observation est celle d'une femme de 72 ans, qui a expulsé un *volumineux calcul de la vessie* à travers la paroi uréthro-vaginale ; vous la devez à M. Mouchet de Sens. M. Polaillon vous en a rendu compte.

De nouvelles observations de *taille hypogastrique* sont venues s'ajouter à celles qui étaient déjà insérées dans vos bulletins. M. Monod en a publié plusieurs qui lui sont personnelles, et, comme rapporteur, vous a rendu compte de celles de MM. Schwartz, Villeneuve, Jobard, Mouchet et Girou.

M. Desprès a opéré un homme de 21 ans, sans injection vésicale, ni distension rectale, et notre collègue en a conclu qu'il fallait se contenter de l'ancienne manière et rejeter ce que depuis peu on représente comme un perfectionnement. Cette proposition a soulevé d'assez vives protestations, et M. Trélat, jugeant d'après sa pratique, a résumé l'opinion de la Société, en disant que dans les perfectionnements réalisés par l'opération actuelle, il convient de donner le premier rang aux lavages antiseptiques, et au bon fonctionnement des tubes évacuateurs; le ballon de Petersen est un adjuvant qui joue son rôle, mais n'est pas indispensable. Permettez-moi d'ajouter qu'on aurait bien tort de se priver d'un adjuvant dont l'emploi est si facile.

C'est grâce à la sécurité que lui offraient tous ces moyens que M. Bazy a osé entreprendre l'extirpation d'un *cancer vésical* par la voie sus-pubienne. M. Monod, dans son rapport, vous a rendu compte de cette opération bien conçue et exécutée suivant un plan arrêté d'avance. Dans ce rapport si remarquable, M. Monod, discutant les idées de M. Bazy, vous a magistralement exposé les diverses conditions où la cystotomie peut et doit être pratiquée soit dans un but curatif, soit à titre d'opération palliative.

Je rapprocherai des tumeurs de la vessie les exemples de *kystes hydatiques de la prostate*, qui ont été signalés par M. Tillaux et par M. Milet.

A l'occasion de la chirurgie abdominale, je vous ai déjà parlé d'un certain nombre de maladies des organes génitaux de la femme; je n'ai plus à mentionner, qu'un cas d'*hypertrophie des petites lèvres* opéré par M. Pamard; un cas d'*absence du col utérin*, par M. Mascarel; et une observation de *tumeur interstitielle de la paroi recto-vaginale*, que M. Nicaise considérait comme ayant une origine ganglionnaire.

Un *myxome kystique du testicule* peut-il succéder à un trauma-

tisme? Est-ce une néoplasie bénigne? Deux questions que M. Richon résout par l'affirmative dans une observation très complète, discutée par M. Chauvel, rapporteur, et par quelques-uns de vous, au moins pour ce qui concerne la bénignité de la maladie, et ses caractères histologiques. Notre correspondant, M. Heurtaux, vous a rappelé, à la suite de cette discussion, qu'en 1864 il avait envoyé à la Société une observation semblable, et que le malade opéré depuis 19 ans jouissait d'une excellente santé.

La *chirurgie des membres* est représentée dans vos bulletins de cette année par une *extirpation totale du membre supérieur*, y compris l'omoplate. M. Berger vous a montré le sujet auquel il avait pratiqué cette belle opération. En second lieu, vient une note de M. Poulet sur une *variété d'exostose de l'humérus*, dont l'origine est difficile à expliquer, mais qui affecte avec le paquet vasculo-nerveux des rapports de voisinage qui ne sont pas sans inconvénients. — La restitution *ad integrum*, des mouvements des doigts, après le traitement curatif des *kystes synoviaux du poignet*, est le but que l'on cherche à atteindre et que M. Schwartz a atteint sur le malade dont M. Nicaise nous a rapporté l'observation.

Parmi les exemples étonnants d'*arrachements tendineux*, il faut ranger celui que vous a présenté M. Polaillon. Le bout de l'index comprenant la première phalange a été arraché, entraînant avec lui le tendon fléchisseur y attenant et long de 25 centimètres.

A propos de l'ostéotomie du fémur et de la suture osseuse dans les fractures de rotule, je vous aî dit presque tout ce qui concernait la chirurgie du membre inférieur; je serai complet quand je vous aurai cité le rapport de M. Nepveu sur le mémoire de M. Blum, reatif à l'*orteil à marteau*.

Pour terminer, il me reste à vous parler de quelques cas de *malformations*. Une *tumeur dermoïde de l'œil*, note adressée par M. Brière et discutée dans un rapport de M. Poncet. — Un enfant porteur d'une *tumeur singulière de la région temporale* vous a été présenté par M. Kirmisson. — M. Polaillon nous a communiqué un exemple de *malformation du gros orteil*.

Enfin une intéressante discussion s'est élevée au sujet d'un cas d'*amputation congénitale*. M. Reclus a extirpé avec succès la bride dont la constriction progressive aurait pu amener la section du membre.

La liste des *instruments* qui vous ont été présentés n'est pas très longue.

Un instrument de M. Tripier pour faciliter les contre-ouvertures et l'établissement des drains; un aspirateur construit par

M. Creuzan ; quelques instruments nouveaux destinés au drainage, par M. Championnière ; un ligateur élastique, avec une note sur la technique de la ligature élastique, par M. Pozzi, qui avait surtout en vue son application à l'hystérectomie ; un nouveau spéculum de M. Collin ; des spéculums variés de M. Neugebauer ; enfin un instrument pour l'ostéotomie cunéiforme, par M. de Saint-Germain.

Messieurs, cet exposé que je me suis efforcé de rendre concis, a pu cependant vous paraître trop long : n'en accusez que le nombre et la valeur de vos travaux qui prouvent que l'année 1883 est loin d'avoir été stérile. L'amour de la science n'a pas été votre seul guide, et au cours de la grande discussion qui a dominé vos débats, vous avez manifesté votre intention de maintenir haut et ferme en face des drapeaux étrangers celui de la chirurgie française.

En persévérant dans cette voie, la Société de chirurgie de Paris, fidèle à ses traditions, servira à la fois les intérêts de notre art et ceux de notre pays.

ÉLOGE DE M. LE DOCTEUR PAUL BROCA

ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX, DIRECTEUR DU LABORATOIRE D'ANTHROPOLOGIE DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES,

PAR M. LE Dr HORTELOUP

Secrétaire général.

Messieurs,

La carrière de M. Broca a été une des plus brillantes que puisse rêver l'ambition humaine, et notre illustre collègue a dû connaître toutes les joies, toutes les satisfactions d'amour-propre que peuvent donner de grands et légitimes succès. Mais, sans hésitation, il les aurait certainement toutes données pour celles que lui réservait la soirée du 19 février 1880, où ses élèves, ses amis, ses collègues l'entouraient pour célébrer son élévation à la dignité de sénateur inamovible.

De tous les points de la France ils étaient accourus, heureux de féliciter de ce nouveau triomphe celui qu'ils aimaient, heureux d'applaudir au choix de la Chambre haute qui venait de faire entrer dans le Parlement un homme dont l'immense savoir pouvait rendre de si grands services au pays.

Aussi l'émotion fût-elle vive lorsque M. Broca prononça cette phrase : « Si j'étais superstitieux, je croirais qu'un grand malheur me menace, car jamais je n'ai été si heureux. »

Six mois ne s'étaient pas écoulés que nous apprenions avec consternation la mort de M. Broca.

Quelques heures, quelques secondes peut-être avaient suffi pour anéantir une des plus belles intelligences dont ait le droit de s'enorgueillir une nation.

En présence d'un événement aussi inattendu, frappant, dans la maturité du talent, un homme qui pouvait compter encore sur de nombreuses années de vie, ne serait-on pas tenté de répéter les paroles que la douleur arrachait à Bossuet devant le cercueil d'un grand de la terre : « Non, après ce que nous venons de voir, « la santé n'est qu'un nom, la vie n'est qu'un songe, la gloire n'est « qu'une apparence, tout est vain en nous. »

Cette mélancolique réflexion, hélas ! trop souvent vraie, lorsque,

pour tout souvenir de son passage sur cette terre, un homme ne laisse que les titres des places qu'il a occupées, n'est pas à redouter pour le travailleur ; et à qui pourrait-on plus justement donner ce glorieux surnom qu'à M. Broca, dont les ouvrages sont si nombreux qu'à peine pourrai-je tous les énumérer.

Jamais plus qu'aujourd'hui, messieurs, je n'ai compris le périlleux honneur d'être votre secrétaire général, car pour parler dignement devant vous de M. Broca, il faudrait..... un autre Broca; il faudrait être l'écrivain élégant à qui vous devez les inimitables éloges de Bonnet, de Gerdy, de Lenoir, il faudrait être le critique, au jugement impartial et élevé, pour vous exposer tous ses grands travaux chirurgicaux; il faudrait, enfin, posséder son savoir encyclopédique pour vous conduire sûrement à travers ce labyrinthe anthropologique dont son vaste cerveau avait entrepris la conquête.

J'ai peu fréquenté M. Broca, et je craignais de ne pouvoir apprécier ces qualités intimes qui le rendaient si cher à ceux qui l'approchaient; mais une heureuse circonstance m'a permis, je l'espère, de combler ce vide. J'ai eu entre les mains la correspondance que M. Broca échangea avec ses parents depuis son arrivée à Paris, et j'ai passé de bien agréables instants dans la lecture de ces lettres écrites sans préparation, où la joie, les craintes, les espérances sont exposées à cœur ouvert. En 1841, le service postal ressemblait peu à celui que nous possédons, et la raison d'économie exigeait souvent qu'on attendît une occasion pour écrire; aussi ces lettres, dans lesquelles M. Broca racontait non seulement sa vie, mais tout ce qui se passait dans les hôpitaux, à la Faculté, forment-elles de véritables mémoires.

Vous me permettrez, messieurs, d'y faire quelques emprunts, et j'espère que vous ne le regretterez pas.

Quoique éloigné de la maison paternelle, M. Broca était tenu au courant de tout ce qui s'y passait, et j'ai pu me croire transporté à Sainte-Foy-la-Grande, au milieu de cette vieille famille huguenote qui eut pour règles de la vie le travail et le devoir; pour principes, le libéralisme, l'équité et le dévouement.

Pendant quelques heures, j'ai cru vivre auprès de son père, le Dr Benjamin Broca, homme de bien, qui rapporta de son service, pendant la guerre d'Espagne, l'horreur des dissentiments politiques et religieux, et qui fût toujours prêt à se rendre au premier appel d'un malade, sans savoir s'il trouverait des honoraires péniblement gagnés; auprès de ses vieilles tantes qui, après avoir protégé l'enfance du père, étaient heureuses de reporter sur le fils toute leur sollicitude; auprès de sa mère, femme d'un esprit su-

périeur, qui exerça sur son fils la plus grande influence. Mme Broca, fille d'un pasteur, M. Thomas, maire de Bordeaux sous la République, avait assisté aux regrettables journées de la Terreur blanche pendant la Restauration : aussi donna-t-elle de bonne heure à son fils l'amour de la liberté, mais de la liberté pour tous, et, s'inspirant, peut-être sans le savoir, de Voltaire, elle chercha à lui enseigner que « la tolérance est aussi nécessaire en politique qu'en « religion, et que c'est l'orgueil seul qui est intolérant ».

Ce fut elle qui développa chez son fils cette régularité dans le travail que nous avons tous admirée et qui permit à M. Broca de mener de front des occupations qui auraient pu suffire à l'activité de plusieurs.

On retrouve, pendant les premières années de cette correspondance, la preuve de l'inquiète sollicitude de Mme Broca. Pas une nouvelle occupation, pas une distraction dont son fils ne lui rendît compte; elle voulait connaître tout ce qu'il faisait, et, même chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, M. Broca envoyait encore à sa mère un tableau indiquant jour par jour, heure par heure, l'emploi de son temps.

Pas une acquisition n'était faite sans que le fils n'en référât à Sainte-Foy; souvent les négociations étaient difficiles : vite une longue lettre au raisonnement précis, à la discussion serrée, venait détruire de fond en comble l'objection et dissiper les craintes. A propos d'un nouvel embellissement, qui n'était pas accueilli favorablement, il fallut plusieurs lettres, et la dernière se terminait ainsi : « Je pourrais bien me passer de votre consentement, car « j'ai l'argent nécessaire dans mon tiroir, mais vous savez bien, « mes chers parents, que je ne veux rien faire sans votre assen- « timent, et que je ne ferai jamais rien que vous n'approuviez pas. »

Toute cette correspondance, empreinte de ce respectueux sentiment filial, qui éclaire d'une façon touchante la grande figure de M. Broca, vient confirmer cette belle pensée d'un philosophe : « L'école de la volonté, c'est le foyer domestique; c'est de là, c'est « de ce centre béni que sortent les grandes affections et les carac- « tères fortement trempés pour la lutte et le travail. »

M. Paul Broca est né dans la Gironde, à Sainte-Foy-la-Grande, le 28 juin 1824.

Ce fut au collège de cette petite ville qu'il fit toutes ses études; à 16 ans il obtenait le diplôme de bachelier ès lettres et quelques mois plus tard celui de bachelier ès sciences mathématiques.

Son désir était d'entrer à l'École polytechnique et, pour s'y préparer avec plus de chance, il obtint d'être chargé au collège du cours de mathématiques spéciales. Son succès était certain, lorsqu'un triste événement vint changer ses projets. Ses parents ne

voyaient pas sans peine leur fils embrasser une carrière qui devait forcément l'éloigner de la famille, mais une fille leur restait et l'espoir de l'établir près d'eux imposait silence à leurs regrets. Cette enfant leur fut enlevée lorsque M. Broca avait déjà subi les premières épreuves : il abandonne le concours, décide qu'il étudiera la médecine pour revenir à Sainte-Foy succéder à son père, et le 17 octobre 1841 il prenait sa première inscription.

Les premiers mois de son séjour à Paris furent pénibles, car, effrayés de voir leur fils vivre seul, M. et Mme Broca avaient obtenu qu'il entrât comme maître d'étude à Sainte-Barbe.

Les occupations, messieurs, qui lui furent confiées n'étaient certes pas faites pour l'encourager : « Je ne suis pas maître « d'étude, écrivait-il, je ne suis même pas surnuméraire, moins « que cela, je suis exécuteur des hautes œuvres, bourreau ! C'est « moi qui suis chargé de faire subir les punitions et surveiller les « élèves pendant la retenue. »

Malgré ses modestes fonctions, si peu en rapport avec son caractère, M. Broca aurait pu rester encore longtemps à Sainte-Barbe si elles s'étaient accordées avec les heures des cours de la Faculté; mais, au commencement du semestre d'été, il démontra si nettement l'impossibilité de pouvoir faire quelque chose de sérieux qu'il obtint, à sa grande joie, l'autorisation de quitter Sainte-Barbe.

Il se mit au travail avec acharnement, rédigeant avec soin tous ses cours, prenant des notes sur toutes ses lectures, commençant ce trésor bibliographique qui viendra en aide à sa surprenante mémoire.

Chacune de ses lettres nous le montre élargissant le cercle des études, en comprenant toute l'immensité; mais, loin de s'en effrayer, se réjouissant d'étudier une si belle science malgré ses imperfections, et s'écriant avec l'enthousiasme d'un jeune néophyte : « Si l'on me donnait à choisir, j'aimerais mieux être Hippocrate « que Napoléon. »

En 1843, il était nommé externe des hôpitaux et envoyé au Midi dans le service de M. Ricord.

« Je regrette, écrivait-il, d'étudier une spécialité dont je n'aurai « jamais peut-être l'occasion de m'occuper à Sainte-Foy, mais je « vois, dans le service, beaucoup de maladies différentes, car, « suivant Ricord, la syphilis n'exempte de rien. Bien différent des « autres spécialistes, ajoute-t-il, qui ne sortent pas de leur sujet, « M. Ricord est fort sur toutes les branches. C'est lui qui ôta à la « syphilis le cachet mystérieux qui l'entourait depuis le moyen « âge. Malgré une clientèle immense, malgré la longueur de ses « visites, malgré le travail que lui donne un grand ouvrage qu'il « publie actuellement, il trouve encore le temps d'être en corres-

« pondance scientifique avec les sociétés étrangères, ce qui ne « l'empêche pas d'être bon, rieur, patient avec ses malades, obli- « geant pour ses élèves ; aussi la voix publique qui se trompe peu, « dit Fontenelle, lui a donné le nom de grand homme. C'est ainsi « qu'il est connu dans les écoles. »

Il était difficile de faire en peu de mots un portrait plus ressemblant.

A la fin de l'année, M. Broca se présenta au concours de l'internat.

Il n'existait pas encore, alors, de conférences organisées pour la préparation au concours de l'internat. M. Broca, avec cinq ou six amis, eut la bonne fortune de rencontrer un jeune docteur qui leur proposa de les diriger. La proposition était si extraordinaire qu'il crut nécessaire de lui demander ses conditions. « La seule « récompense que je vous demande est de travailler assidûment, « et tous mes vœux seront comblés si quelques-uns de vous « sont reçus internes. » Ce jeune docteur était M. Martin-Magron, dont beaucoup d'entre nous n'ont pas oublié, j'en suis sûr, les bons conseils et le dévouement.

Après avoir inauguré la conférence Martin-Magron qui, pendant près d'un quart de siècle, fut la pépinière de l'internat, M. Broca devait, quinze ans plus tard, apporter une importante modification au mode de préparation du concours, en conseillant de remplacer l'étude des questions limitées par celle des sujets.

Le concours fut difficile; M. Broca, pendant plusieurs jours, crut à un échec ; j'ai retrouvé la longue lettre dans laquelle il raconte à son père les péripéties du concours, ses craintes de ne pas arriver et de voir ainsi son retour à Sainte-Foy retardé d'un an; enfin, la liste parut, il était nommé l'avant-dernier. Le rang lui était bien indifférent et, pour juger de son bonheur, il suffit de citer le dernier paragraphe de sa lettre : « Comment, vous ne devinez pas? Est-ce possible que vous n'ayez pas compris; mais ne voyez-vous donc pas que.... vivent les juges, vive tout, vive même le roi!.... je suis interne ! »

Envoyé à Bicêtre dans le service de Leuret, il termina son année à Beaujon, chez Laugier. En seconde année, il avait désiré entrer dans le service de Gerdy, mais toutes les places étaient prises, et il demanda celui de Piorry. Le jour où il allait retirer sa carte, on lui annonce que, par suite de démission, une place est vacante chez Gerdy : il la refuse ; mais à peine venait-il de quitter l'administration qu'un de ses collègues de Bicêtre, qui allait à la Charité, apprend la nouvelle, et, désirant vivement se retrouver dans le même hôpital que son ami, demande qu'on ne propose la

place à personne avant qu'il ne l'ait revu, se met à sa recherche et le supplie d'accepter.

M. Broca cède à cet affectueux désir, ne soupçonnant pas que l'amitié, comme une bonne fée, venait, en le plaçant chez Gerdy, de changer à tout jamais sa vie ; car ce chef de service « sans façon et sans raideur, quoiqu'il soit justement célèbre », ainsi le dépeignait-il à son père, devait être pour lui un puissant protecteur qui allait le lancer dans la voie des concours et un ami qui imprimerait à son caractère une empreinte ineffaçable.

Ce fut, en effet, la sympathie que lui montra de suite Gerdy qui l'engagea à prendre part au concours de l'adjuvat, et le 5 août 1846, il était nommé aide d'anatomie ; il aurait pu être fier de ce succès, car, ainsi qu'il l'écrivait à ses parents : « Je suis aide d'anatomie « à vingt-deux ans et personne ne l'a été avant vingt-trois ; mais, « ajoute-t-il, tout l'honneur est pour vous qui m'avez mis à l'école « à cinq ans, au collège à huit, pour vous qui m'avez donné le « goût de l'étude et qui vous êtes imposé tant de privations pour « le développer. »

A la fin de sa troisième année d'internat, il obtenait au concours une prolongation d'un an, et il entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Blandin.

Six semaines après éclatait la révolution de 1848, qui répondait trop aux idées dont M. Broca avait toujours été imbu pour qu'il ne l'accueillît pas avec joie. Pendant quelques semaines, un besoin d'expansion l'entraîna dans les clubs, dans les assemblées populaires; mais il fut vite dégoûté et, quoiqu'on lui proposât de le nommer lieutenant de la garde nationale, il demanda pour tout honneur de rester simple soldat afin de pouvoir retourner à ses travaux, car il voulait concourir pour le prosectorat.

Mme Broca s'effrayait de tous ces concours successifs ; elle comprenait que Sainte-Foy-la-Grande ne pourrait plus suffire à l'ambition de son fils; aussi caressait-elle le projet de le voir concourir à Bordeaux; son instinct maternel lui disait : encore un succès et adieu les projets de retour. Elle le voyait avec regret se passionner pour ces luttes dans lesquelles « la fortune, écrivait-elle, « cessera probablement de t'être aussi favorable qu'elle l'a été « jusqu'ici ».

« Je suis prêt, lui répondait-il, à renoncer au prosectorat, mais, « nommé prosecteur, mon succès sera beaucoup plus certain à » Bordeaux. Tu te trompes, si tu crois que j'aime les orages des « concours. Sans doute, il y a dans cette lutte d'activité, dans cet « assaut de travail le charme qu'on trouve dans toutes les luttes : « c'est l'attrait d'une partie d'échecs, et vous savez que je suis « joueur. Mais je suis encore comme lorsque j'étais petit, c'est-à-

« dire je n'aime pas à perdre, et le jeu me dégoûterait bientôt, si « je n'avais pas en commençant quelque espoir de gagner. Au « point de vue des épreuves je suis bien sûr d'enfoncer mes con- « currents; mais peut-être la faveur, dir262ez-vous, les fera arriver « avant toi. Non, soyez sans crainte, jamais la fortune ne m'a souri « plus qu'elle ne me sourit aujourd'hui. »

Mme Broca avait le cœur trop haut placé pour ne pas comprendre que le bonheur de son fils devait passer avant le sien: aussi, lorsqu'il fut nommé prosecteur, ce fut elle qui, allant au-devant de ses désirs, lui écrivit : « Reste à Paris et travaille pour l'agrégation. »

M. Broca accueillit cette nouvelle marque de dévouement avec une profonde reconnaissance. « Croyez, écrivait-il à ses parents, que « je sais combien le sacrifice a dû vous coûter, mais croyez aussi « que je sens à quoi cela m'engage. Non, vous n'avez pas trop « présumé de mes forces et l'avenir vous prouvera que je suis « digne de votre confiance. »

M. Broca dut attendre jusqu'en 1853 l'ouverture de ce concours pour l'agrégation qui fut un des plus brillants dont la Faculté ait conservé le souvenir. M. Broca y déploya les grandes qualités de sang-froid, de précision, do savoir qui en faisaient le compétiteur le plus redoutable. Sa *Thèse sur l'étranglement dans les hernies abdominales et les affections qui peuvent le simuler* est un chef d'œuvre: malheureusement elle n'a pas peu contribué à répandre les théories de Malgaigne qui ont été si contraires à la thérapeutique des hernies.

Nommé le premier de la promotion, M. Broca obtenait quelques jours plus tard le titre de chirurgien des hôpitaux.

La jeunesse des écoles acclama ce double succès qui sacrait officiellement maître un de ces jeunes travailleurs qu'elle nommait la nouvelle école.

Depuis une dizaine d'années, messieurs, le monde médical assistait avec curiosité au développement d'une science toute nouvelle: la microscopie pathologique.

La France était restée presque complètement étrangère aux travaux que, depuis vingt ans, avait fait naître en Allemagne l'usage du microscope appliqué à l'étude des tissus normaux de l'économie. La traduction, par Jourdan, de l'*Encyclopédie anatomique* de Bischoff avait intéressé, mais rien de plus; il était réservé à Lebert de venir donner à la France une impulsion qui allait être le point de départ d'un grand mouvement scientifique.

Lorsque parut sa *Physiologie pathologique,* on était encore sous l'impression de la grande discussion académique sur le diagnostic

des corps fibreux de la mamelle. A quel tissu avait-on affaire ? Comment le distinguer du cancer? Tel était le problème qui, après comme avant, restait insoluble. Aussi comprend-on avec quel empressement fut accueilli cet ouvrage qui, s'appuyant sur une distinction semblable à celle de Laennec, divisait les productions accidentelles en deux classes : les homéomorphes et les hétéromorphes, et venait ainsi assigner aux tumeurs malignes une structure déterminée, presque spécifique.

A la place de recherches curieuses, mais sans but pratique ; à la place de théories spéculatives et obscures si chères à l'Allemagne, Lebert présentait une doctrine pleine de clarté et donnait à la micrographie une direction clinique répondant trop aux tendances de l'esprit français pour ne pas être rapidement suivie dans la voie qu'il venait d'ouvrir à l'histologie.

A la tête de la jeune génération chirurgicale qui répondit à l'appel de Lebert se trouvèrent trois hommes, dont vous avez tous, messieurs, le nom sur les lèvres, trois amis, que la mort seule a pu désunir. Sans se laisser arrêter par les difficultés, par les fatigues des recherches microscopiques, sans reculer devant les critiques sceptiques et souvent injustes qui accueillirent leurs premiers efforts, ils soutinrent avec confiance que là était l'avenir du diagnostic des tissus pathologiques. Peut-être voulurent-ils aller trop vite; mais, lorsqu'on voit le chemin parcouru, qui oserait le leur reprocher?

Semblables à ces hardis voyageurs qui se lancent à l'aventure dans un monde nouveau, ils en ont tracé les premières routes, c'est un beau titre de gloire, et longtemps encore, on parlera de ce triumvirat qui, pour toutes idées de conquête, n'eut jamais que celle de la vérité.

Dans leurs cours à l'École pratique, par des articles dans la presse médicale, ces ardents champions soutinrent et affirmèrent leurs croyances. Ouvrez, Messieurs, les *Bulletins de la Société anatomique* de 1848 à 1853, à chaque séance vous y trouverez les preuves de cette fiévreuse activité.

Ce fut là que M. Broca fit connaître ses premières recherches sur la *pathologie des cartilages articulaires*, sur l'*anatomie pathologique du rachitisme*, sur la *transformation prétendue fibreuse des muscles*, sur l'*inégal accroissement des os longs par leurs deux extrémités* et sur cent autres sujets qu'à mon regret, je ne puis indiquer.

Établissant que la nutrition des cartilages, comme celle des tissus inférieurs, se fait par l'imbibition des matériaux nutritifs, il démontrait que, contrairement à l'opinion hippocratique, les cartilages peuvent se cicatriser ; que l'amincissement des cartilages,

loin d'être le résultat de l'usure, est une atrophie véritable, et que leur épaississement est évidemment le résultat d'un travail vital. En suivant, avec le microscope, sur certaines altérations du cartilage, la couche épithéliale ininterrompue, il établissait qu'à côté des vrais ulcères des cartilages on devait admettre des dépressions produites par l'absorption progressive des couches qui sont en contact avec l'os, et il désignait ce processus sous le nom d'absorption ulcéroïde. Enfin, en démontrant la nécrose idiopathique des cartilages, il donnait le mode de formation des corps étrangers de l'arthrite sèche.

Par ses *Recherches sur le rachitisme*, que l'Académie des sciences a récompensées, il décrivait le tissu chondroïde et il donnait au tissu spongoïde sa véritable origine, un arrêt de développement, ce qui permettait d'expliquer l'inégale répartition des lésions sur les divers points du squelette.

Dans sa thèse de doctorat qui se terminait par quelques propositions sur *les tumeurs dites cancéreuses*, M. Broca avait jeté un véritable défi aux anciennes méthodes d'exploration. « Le « microscope, disait-il, a substitué la science aux hypothèses et « ouvert la carrière à des observations désormais exactes. Toutes « les observations non soumises au contrôle du microscope doivent « être considérées comme non avenues. »

Aussi, lorsque l'Académie de Médecine proposa, pour sujet du prix Portal l'*Anatomie pathologique du cancer*, M. Broca n'hésita-t-il pas à porter devant elle les doctrines de la nouvelle école.

Son mémoire fut couronné, et c'était justice, car on y trouve des faits tout nouveaux, que le temps devait se charger de rendre classiques : sur la distinction à établir entre la diathèse et l'infection, sur l'envahissement du cancer par propagation, sur la perforation des veines par la masse morbide, donnant ainsi l'explication de ce que, depuis Carswell, on appelait les cancers du sang, et jetant la lumière sur la formation des cancers à distance. Sauf le mot, n'est-ce-pas là, ainsi qu'on l'a dit si justement, l'idée de l'embolie allemande? Tout en récompensant ce remarquable travail, l'Académie n'avait nullement engagé son opinion, et lorsqu'à quelques mois de distance, le concours ouvrit les portes de l'École et des hôpitaux à ces novateurs que la Société de chirurgie avait déjà accueillis, on sentait qu'une lutte était imminente et que l'Académie n'attendait qu'une occasion pour soumettre à une discussion approfondie ces doctrines qui semblaient vouloir faire table rase du passé.

Un fait insignifiant fut le point de départ de la discussion. Un chirurgien de province avait envoyé deux observations, dont l'une était relative à un encéphaloïde du testicule chez un enfant de trois

ans. Le rapporteur acceptait, sans discussion, le fait de la guérison du malade.

Qu'a-t-on voulu entendre par guérison ? demanda M. Robert. Est-ce celle de la plaie ou celle de la maladie ? car la guérison du cancer est tellement rare, que ce fait pourrait être noté comme un des plus exceptionnels de la pathologie chirurgicale ; aussi pensait-il que des réserves devaient être faites sur le diagnostic.

Cette réflexion toute naturelle fut vivement relevée par Velpeau qui affirma que la curabilité du cancer n'était pas exceptionnelle, et qu'un chirurgien habile, expérimenté, attentif pouvait toujours se passer du microscope qui, jusqu'à ce jour, ajoutait-il, n'avait encore été d'aucune utilité dans l'étude des tumeurs.

Le président proposa de mettre à l'ordre du jour la question de la curabilité du cancer, qui, subsidiairement, entraînait celle du diagnostic, et alors commença la plus étonnante des discussions, que l'on pourrait comparer à ces grands combats d'artillerie dans lesquels les adversaires se mitraillent sans pouvoir se mesurer corps à corps.

En montant à la tribune, les adversaires du microscope répondaient beaucoup plus aux articles de la presse qu'aux discours de leurs collègues, qui avaient cru pouvoir s'en faire les défenseurs, car aucun d'eux ne pouvait être considéré comme un micrographe. Cette impression ressortait si nettement des débats qu'un des orateurs regrettait que la cause du microscope ne pût être défendue au sein de l'Académie par un de ses partisans, et que Velpeau se plaignait que les micrographes du dehors, en étendant le champ de la discussion, l'eussent fait sortir de ses premières limites.

Des deux côtés, la campagne fut vivement menée, et il serait difficile, encore aujourd'hui, de dire à qui resta la victoire ; mais la fortune est femme, dit-on, elle aime la jeunesse et elle sembla faire pencher la balance en faveur de la jeune école. En science comme en politique, le rôle de conservateur est toujours un rôle ingrat.

M. Broca fut un des plus engagés dans cette lutte mémorable, et ses articles du *Moniteur des hôpitaux* eurent un véritable retentissement. « J'ai reçu, écrivait-il à son père, des félications inattendues pour mes articles et entre autres, devinez de qui ? de monseigneur le comte de Chambord, qui a voulu que son médecin me fît savoir qu'il avait vu avec plaisir une plume aussi habile que la mienne au service de la science et du progrès. » Les gens à pied, ajoute M. Broca, sont toujours un peu révolutionnaires. Malgré cette moqueuse restriction, on voit qu'il fut assez flatté du compliment qui prouve, d'ailleurs, que monseigneur le comte de Chambord n'avait pas mauvais goût.

Pendant cette importante discussion, M. Broca mettait la dernière main à son *Traité des anévrismes et leur traitement.*

Cette œuvre magistrale, messieurs, restera comme un des grands monuments de la littérature chirurgicale du XIXe siècle. On y trouve, avec son talent exceptionnel d'exposition, toutes ces remarquables qualités d'érudit et de critique, qui ont permis à un juge autorisé de dire que M. Broca n'a jamais rien écrit de médiocre.

Quoi de plus intéressant quo les pages dans lesquelles M. Broca, vous faisant suivre pas à pas ses recherches pour déterminer le jour où Desault appliqua au traitoment de l'anévrisme poplité la méthode d'Anel, établit, preuves en main, que l'opération a été pratiquée le 22 juin 1785 et croit être en droit d'affirmer que le grand chirurgien français a non seulement l'honneur de l'avoir pratiquée le premier, mais encore d'avoir agi en pleine connaissance de cause.

Dans le chapitre de physiologie pathologique, M. Broca donnait du mode de formation des caillots mous et des caillots fibrineux, en leur imposant la dénomination si caractéristique d'actifs et de passifs, une séduisante théorie qui venait éclairer cette obscure question.

Si des travaux plus récents ont un peu modifié l'absolutisme de sa théorie, en démontrant qu'un caillot passif ou fibrino-globulaire peut se transformer en caillot actif, ils n'en ont pas ébranlé le point fondamental : pour qu'un caillot actif puisse se former il faut qu'entre l'artère et le sac la communication porsiste.

C'est en se basant sur cette considération toute nouvelle que M. Broca a pu faire, du mode d'action des différentes méthodes proposées contre cette terrible lésion, une étude comparative qui l'amena à conclure que, dans le traitement des anévrismes des membres, la compression indirecte doit remplacer la ligature, comme la ligature, à la fin du siècle dernier, avait remplacé l'opération par l'ouverture du sac.

Le *Traité des anévrismes*, comme tout ce qu'a écrit M. Broca, est empreint d'un caractère d'absolue précision. Lorsqu'un événement douloureux le força à abandonner la voie de l'École polytechnique pour celle des sciences médicales, M. Broca y apportait un jugement droit, une solide instruction, une mémoire prodigieuse, une grande puissance de travail, une volonté de fer, qualités exceptionnelles qui lui permettaient de dire, en quittant le collège de Sainte-Foy, à un de ses jennes camarades, aujourd'hui illustre géographe : « Je ne me sens aucune vocation particulière. Toutes « les carrières sont ouvertes au travail ; partout, je suis sûr de me « créer une position à ma taille. » Opinion que l'avenir devait se charger de vérifier ; mais il y apportait aussi un esprit positif plus

fait pour les problèmes des sciences mathématiques que pour les problèmes multiples que soulève l'étude de l'homme malade.

Séduit par les brillantes idées de Malgaigne, il voulut, comme lui, soumettre à une critique indépendante les opinions et les doctrines, en s'appuyant sur la méthode numérique, sur la statistique chirurgicale, dont les déductions répondaient aux exigences de son esprit.

M. Broca ne sut peut-être pas se préserver des conclusions auxquelles conduit aisément cette méthode, et, lorsqu'on cherche à le prendre pour guide sur le terrain tremblant de la clinique, on ne trouve pas toujours l'appui nécessaire.

Quoi qu'il en soit, jamais l'histoire des anévrismes n'avait été traitée avec une telle autorité, et il suffit de se rappeler tous les travaux qui parurent à cette époque, pour pouvoir affirmer la valeur d'un ouvrage capable de faire naître un tel mouvement.

Je ne doute pas que l'avenir ne soit plus équitable que notre époque, en mettant sur le même rang que le *Traité des anévrismes*, le *Traité des Tumeurs*. Le second chapitre : *Origine et formation des productions accidentelles*, le troisième : *Classification des tumeurs*, ne sont plus et n'étaient déjà plus, lorsque cet ouvrage parut, dans les idées courantes; mais, lorsqu'on songe à la rapidité avec laquelle les opinions se sont transformées sans cesse sur ce difficile sujet, quel est l'anatomo-pathologiste qui peut affirmer aujourd'hui que de nouvelles découvertes ne viendront pas, je ne dis pas modifier, mais anéantir complètement la théorie qu'il aura péniblement édifiée? Remaniez ces deux chapitres et l'ouvrage reprendra la place qu'il méritait, car, jamais, on n'avait conçu la pathologie générale des tumeurs sur un aussi vaste plan.

Vouloir vous parler de tout ce que M. Broca a écrit sur la pathologie chirurgicale m'entraînerait au delà du cadre dont je puis disposer, car, outre de plus de deux cents mémoires publiés dans les différents organes français, M. Broca fut un des collaborateurs du *Dictionnaire de Chirurgie*, publié en anglais par Costello; mais j'aime à vous rappeler ses beaux mémoires sur les *luxations sous-astragaliennes*, sur les *abcès des os*, sur la *polyarthrite vertébrale* qu'il communiqua à la tribune de la Société de chirurgie dont il fut un des membres les plus actifs.

Avant de monter au fauteuil de la présidence, il avait eu l'honneur, messieurs, d'être votre secrétaire général; il apporta, dans ces fonctions, son ordre, sa ponctualité, ses qualités d'organisation qui en firent, lorsque cela fut nécessaire, un remarquable administrateur; mais il donnait, surtout, à vos séances annuelles un vrai lustre par le talent avec lequel, dans ses éloges, véritables modèles du genre, il racontait si bien et jugeait avec tant de compétence.

Dans ses notices bibliographiques, dans son *Étude sur Celse*, dans les pages de ses ouvrages consacrées à la partie historique, M. Broca s'est élevé au rang des meilleurs écrivains; son style concis, nerveux, souvent brillant jamais emphatique est bien personnel.

L'orateur, chez M. Broca, n'était pas à la hauteur de l'écrivain; dans une de ses lettres, il parle d'un cours de pathologie externe pour lequel il avait voulu écrire le plan d'une leçon d'ouverture. « Arrivé à l'amphithéâtre, je ne pus même pas, dit-il, me rappeler « la première phrase, les premières idées. » Aussi y avait-il toujours, au début de ses leçons, une certaine hésitation. « La parole « n'était pas abondante, a écrit une plume aussi amicale que « savante; on ne voyait pas s'élancer du cerveau la pensée am- « plement vêtue. Il cherchait le mot, et son effort se traduisait « par un énergique mouvement en avant du bras et de la tête, « mais ce mot il le trouvait vite et magnifique de précision[1]. »

Cette appréciation est juste: la phrase un peu courte ne lui permettait pas de donner à ses périodes l'ampleur que l'on trouve dans ses écrits, et son débit, qui se ressentait de cet effort, passait sans raison d'une tonalité basse à une tonalité élevée, quelquefois peu agréable.

A la tribune, dans la chaleur de la discussion, ces imperfections disparaissaient ou devenaient presque des avantages; il y apportait une ardeur qui alla souvent jusqu'à la violence: il écoutait avec peine les objections, accumulait arguments sur arguments, preuves sur preuves et semblait ne vouloir abandonner son adversaire que converti à ses idées ou complètement écrasé.

Quoique bon et généreux, M. Broca se laissait souvent entraîner par la passion. Il avait pris de son maître Gerdy une opinion dédaigneuse des hommes, mais on peut croire que, comme lui, s'il put se tromper quelquefois, jamais, du moins, il ne crut tromper les autres.

Physiquement, M. Broca exprimait la force et la puissance. De taille moyenne, mais robuste, la tête bien posée, le front bien découvert, les cheveux reportés en arrière, les yeux très lumineux, les lèvres larges et épanouies, tout faisait deviner l'homme construit pour sortir victorieux de la lutte de l'existence.

Toujours simplement vêtu, sans aucune recherche, la démarche un peu pesante, le regard souvent perdu dans l'espace, M. Broca ne laissait pas deviner sa valeur, et, cependant, lorsque les circonstances l'exigeaient, il se transfigurait. Rendant compte d'une cérémonie dans laquelle une députation de l'Académie avait paru en uniforme, un journaliste, qui était bon juge, écrivait : « Je

[1] M. P. Reclus.

« ferai mon compliment à M. Broca pour l'assurance et la grâce « avec laquelle il porte l'habit brodé, le claque galonné et l'élé- « gante épée d'académicien ; c'est tout a fait cela : un académicien « gentilhomme. »

Depuis longtemps, M. Broca avait sa place marquée à l'École de Médecine et, lorsqu'en 1867, un an après son entrée à l'Académie de médecine, il fut appelé à la chaire de pathologie externe qu'il devait rapidement échanger pour celle de clinique, on était en droit d'espérer que, placé sur une des plus belles scènes du monde, il allait nous faire assister au développement d'une de ces grandes situations chirurgicales qui, à elle seule, suffit à la gloire d'une faculté.

Il n'en fut rien ; M. Broca publiera encore la première partie du second volume de son *Traité des tumeurs* qui contient une monographie importante des tumeurs constituées par l'hypergenèse des tissus dentaires transitoires et définitifs, pour lesquelles il créa le nom d'*odontomes;* il sera toujours le chirurgien exact à l'hôpital, le professeur consciencieux ne laissant jamais passer inaperçu un cas nouveau, mais, sans se désintéresser du mouvement chirurgical, il n'y prendra plus part que tout à fait accidentellement.

Depuis 1859, M. Broca avait porté toute son activité vers l'anthropologie, cette vaste science, qu'il a définie l'*étude du groupe humain, considéré dans son ensemble, dans ses détails et dans ses rapports avec le reste de la nature.*

Grand amateur des sciences naturelles, M. Broca, lors d'un voyage dans le Midi, avait eu l'occasion d'examiner des animaux, issus du croisement d'un lièvre et d'une lapine, ayant donné naissance à une nombreuse lignée. Revenu à Paris, rapportant un des produits auquel il donnait le nom de léporide, il le présenta à la Société de biologie ; ma présentation, a-t-il écrit, n'eut aucun succès ; on conclut que ce fait était en contradiction avec la loi de l'espèce et qu'il y avait eu erreur dans l'application des caractères mixtes du léporide.

L'animal, soumis à l'examen du Muséum, fut déclaré un vrai métis d'espèce et, deux mois plus tard, M. Broca annonçait à la Société de biologie, que cette léporide avait été fécondée par un lapin. Pour toute discussion, un éminent collègue se contenta de faire observer au présentateur que, si la fécondité des léporides se confirmait, il faudrait en conclure que le lièvre et le lapin sont de la même espèce.

Peu satisfait de la manière dont sa communication avait été

étouffée, M. Broca reprit complètement l'étude des croisements, et, en 1858, il vint commencer, à la Société de biologie, la lecture de son remarquable travail sur l'*hybridité animale en général et sur l'hybridité humaine en particulier*.

Ce fut un coup de tonnerre dans un ciel calme. Toucher à la doctrine de la permanence des espèces et de l'invariabilité de l'espèce, ébranler ce dogme que la prépondérance de Cuvier avait fait triompher, dans sa grande discussion contre Étienne Geoffroy-Saint-Hilaire, était une téméraire entreprise, et, à la troisième séance, le président, craignant de voir susciter des embarras à la Société, supplia M. Broca de cesser sa lecture.

Le mémoire sur l'hybridité fut publié dans le *Journal de physiologie*, mais cet événement avait démontré la nécessité de créer à Paris une Société consacrée à l'étude de l'homme et des races humaines. Ce fut là la raison de la fondation de la Société d'anthropologie.

Mais, avant de pouvoir réaliser ce projet, des difficultés sans nombre se dressèrent devant M. Broca, et, pour réussir, il fallut toute son énergie et toute sa volonté.

Il avait déjà existé en France une Société ayant pour programme l'étude des races humaines. A l'époque où fut fondée cette Société ethnologique, elle ne pouvait avoir de programme bien étendu, et son sujet d'étude de prédilection était la distinction à établir entre les races blanches et les races noires; mais la politique sociale s'en mêla, les questions brûlantes de l'esclavage, de l'émancipation des noirs devinrent les seules questions à l'ordre du jour; et, lorsqu'un decret de l'Assemblée nationale, en 1848, vint abolir l'esclavage dans nos colonies, la Société ethnologique, n'ayant plus rien à discuter, cessa de se réunir.

Des discussions de cette Société, qui ne furent pas sans mérite, était restée une vague impression que l'ethnologie était une science intermédiaire entre la politique et la philanthropie, et lorsqu'on demanda l'autorisation de fonder la Société d'anthropologie, l'Empire qui n'aimait point qu'on parlât politique, fut peu disposé à l'accorder; on craignait aussi de voir se former une réunion pouvant servir de tribune aux idées matérialistes. Après de longs pourparlers, et surtout grâce à l'intervention de Tardieu, l'administration rendit un arrêt favorable, mais sous condition qu'on ne parlerait ni politique ni théologie et qu'un agent de police en bourgeois asssisterait aux séances.

Une fois autorisée, il ne fut pas beaucoup plus facile de trouver des membres, car on avait fixé à vingt le nombre des fondateurs et, le jour de la première séance, on n'avait pu réunir que dix-neuf noms.

Commencée si modestement, la Société d'anthropologie est aujourd'hui une grande et florissante compagnie. En prenant pour base de ses travaux l'anatomie et la physiologie, en s'appuyant sur la linguistique, l'ethnologie et l'archéologie, elle a pu étendre ses recherches sans crainte de s'égarer. Bientôt l'impulsion donnée par M. Broca se fit ressentir partout; à Londres, à Madrid, à Moscou se formèrent des Sociétés d'anthropologie; en Allemagne, des congrès.

L'étude de la conformation des crânes ou craniologie est une heureuse méthode capable de fournir des éléments de comparaison dans le parallèle anatomique des races, mais il lui fallait des procédés exacts, et l'honneur de l'en avoir dotée revient au fondateur de la Société d'anthropologie.

Lorsque Retzius, se basant sur l'examen des quelques crânes dont il pouvait disposer, fit connaître sa célèbre loi des peuples autochthones à crânes brachycéphales et des peuples envahisseurs indo-européens à crânes dolichocéphales, il l'avait établi par le coup d'œil.

Frappé de cette insuffisance d'exactitude et du peu de place que l'observation directe des faits tenait dans les recherches du savant suédois, M. Broca voulut reprendre mathématiquement toute cette question.

Il fit construire une série d'ingénieux instruments permettant des mesures précises, et, pendant des années, M. Broca s'astreignit à mesurer tous les crânes qui forment aujourd'hui la riche collection de la Société d'anthropologie.

Grâce à cette rigueur évidente et palpable des mensurations, il démontra qu'avant de tirer quelques conclusions, il faut étudier de nombreux crânes de même race; car, dans les races les plus pures, il existe, en effet, des variations très étendues, des différences plus grandes que celles qui existent entre certains dolichocéphales et certains brachycéphales, et il établit que ces chiffres ne pouvaient pas constituer une caractéristique véritable, mais seulement un indice.

C'est par cette précision mathématique donnée par M. Broca à la craniologie qu'est devenue féconde cette méthode restée presque complètement stérile entre les mains de ses prédécesseurs.

Grâce à elle, a écrit un savant ethnologiste, on a pu détruire une foule de notions erronées, de systèmes prématurés, mais il ne faut pas demander à la craniologie plus qu'elle ne peut donner. « Elle ne peut, a dit M. Broca, lui-même, voler de ses propres ailes « et substituer ses diagnostics aux notions fournies par l'ethno- « logie et par l'archéologie. »

De la conformation de la tête peut-on tirer quelque donnée rela-

tive à la valeur intellectuelle? peut-on, d'après le crâne, deviner le cerveau?

Oui, dit M. Broca; et, s'appuyant sur l'ossification des sutures d'arrière en avant chez les races supérieures, dites races frontales, sur ses mensurations faites comparativement sur des internes et sur des infirmiers, il concluait que les lobes antérieurs des hémisphères sont le siège des facultés les plus élevées de l'intelligence.

De là aux localisations cérébrales, il n'y avait qu'un pas, et M. Broca, malgré le discrédit, que les exagérations prématurées de Gall avaient jeté sur cette heureuse idée, n'hésita pas à le franchir. Dans un beau discours sur la forme du cerveau, prononcé au mois de mars 1861, en réponse à Gratiolet, il affirma qu'il croyait au principe des localisations.

« Je ne puis admettre, disait-il, que la complication des hémis-« phères cérébraux soit un simple jeu de la nature, que la scissure « de Sylvius ait été faite uniquement pour donner passage à une « artère, que la fixité du sillon de Rolando soit un pur effet du « hasard et que les lobes occipitaux aient été séparés des lobes « temporaux et pariétaux à seule fin d'embarrasser les anato-« mistes.

« Les circonvolutions ont une structure analogue, elles ont des « fonctions analogues; mais leur structure n'est pas identique, « leurs fonctions ne sont pas identiques. Il y a donc, ajoutait-il, de « grandes régions distinctes correspondant aux grandes régions « de l'esprit. »

Quelques mois plus tard, cette intuition devenait une réalité; M. Broca démontrait, à la Société anatomique, qu'à l'autopsie des aphémiques, on trouvait, dix-neuf fois sur vingt, une lésion de la moitié postérieure de la troisième circonvolution frontale.

Cette découverte suffirait à elle seule pour rendre immortel le nom de Broca; elle a été le point de départ de tous les travaux qui, en éclairant la psychologie cérébrale, ont permis aux chirurgiens d'agir avec certitude.

En appelant la troisième circonvolution frontale, circonvolution de Broca, les savants anglais, par un acte de justice, ont devancé la décision de la postérité.

Dans tous ses travaux, M. Broca n'a jamais voulu mettre ses recherches au service d'une théorie préconçue : « Que les savants, « a-t-il écrit, s'intéressent aux affaires, qu'ils se passionnent plus « ou moins suivant leur tempérament pour les problèmes philoso-« phiques ou religieux, sociaux ou humanitaires : rien de mieux.

« Mais lorsque, rentrant dans leur laboratoire ou dans le cabinet « d'étude, ils s'appliquent aux recherches scientifiques, ils doivent « comprimer leurs sentiments et leurs aspirations et fermer l'oreille « aux bruits du dehors pour n'entendre que la voix inflexible de « la vérité : car la science ne doit relever que d'elle-même et ne « saurait se plier aux exigences des parties; elle est la déesse « auguste qui trône au-dessus de l'humanité, pour la diriger et « non pour la suivre, et c'est d'elle seulement qu'on peut dire « qu'elle est faite pour commander et non pour obéir. »

Jamais M. Broca n'a compris qu'on torturât un fait scientifique pour le faire concorder avec une légende, même biblique; mais, jamais, il n'a accepté que, pour soutenir une théorie séduisante, on lui donnât une conséquence exagérée.

Dans sa belle *Étude du transformisme*, tout en montrant sa tendance à l'admettre dans le sens élevé où Buffon l'avait soupçonné, il se déclarait l'adversaire de la sélection naturelle sur laquelle repose la théorie de Darwin. La sélection est en contradiction avec les faits, puisque son principe fondamental est d'être lentement progressive ; «or, il faut bien reconnaître, disait M. Broca, que, dans certaines espèces, le type orang par exemple, il y a eu là une transfiguration complètement effectuée en une seule fois, un véritable acte surnaturel, équivalant à un acte de création ».

Il protestait contre ce transformisme unitaire, si apprécié en Allemagne, contre ce proto-organisme nommé monade par les uns, protiste par les autres, constitué par une seule cellule d'où seraient nées toutes les formes connues des deux règnes organiques.

La théorie de la formation naturelle de cette cellule unique avec sa propriété d'évolution progressive est peut être une hypothèse séduisante, mais elle ne soutient pas plus la discussion que l'opinion humoristique du philosophe anglais qui assure qu'à l'origine des choses, Darwin dit au Père éternel : « Si c'était un effet de votre bonté de me créer une petite cellule ? — Pourquoi faire, pour t'y loger? demanda l'Éternel. — Moi et les autres, répondit Darwin. » La cellule créée, Darwin n'était pas satisfait : « Ah ! si vous vous vouliez accorder à ma cellule la faculté d'évoluer ? — Soit, dit le Seigneur ; et il fit ce qu'on lui demandait. — Maintenant, fit Darwin, vous pouvez vous retirer. En vérité, je n'ai plus besoin de vous. »

Lorsqu'on lit tout ce que M. Broca a écrit sur l'anthropologie on reste confondu, rien ne lui était inconnu. Son *Mémoire sur les primates* est digne de figurer à côté des ouvrages des plus grands naturalistes, sa conférence sur les *troglodytes de la Vézère*, vrai

conte des *Mille et une nuits*, qui vous fait revivre avec l'homme quaternaire, est un petit traité d'archéologie et de paléontologie; son mémoire sur *les amulettes crâniennes* montre tout le jour que la médecine peut jeter sur l'anthropologie; ses discours sur la *linguistique*, sur l'*ethnologie de la France* sont des chefs-d'œuvre d'érudition historique et géographique.

Si, comme le veut certaine école, on doit refuser le nom de science à l'anthropologie, obligée d'emprunter, pour chaque sujet, à une science correspondante, on peut affirmer qu'à certains hommes d'élite, capables de les embrasser toutes, on devra décerner le titre d'anthropologiste, et au premier rang se trouvera M. Broca.

En même temps que tous ces grands travaux avaient donné à M. Broca une réputation européenne, la part active qu'il prit à la fondation de l'Association française pour l'Avancement des Sciences avait montré à ses concitoyens comment son patriotisme éclairé comprenait le relèvement de notre pays. Aussi, lorsque la gauche du Sénat, dans l'impossibilité de s'entendre sur le choix d'hommes politiques pour remplir les places de sénateur inamovible, se décida à nommer des notabilités scientifiques ou littéraires, le nom de M. Broca s'imposait.

Cette nomination, messieurs, pourrait presque être regardée comme une tardive récompense de sa belle conduite pendant la Commune, où, non sans courir de sérieux dangers, M. Broca, alors vice-président du conseil général des hôpitaux, sauva du pillage la caisse de l'Assistance publique; mais notre collègue n'en était pas à son premier acte de dévouement civique. En 1848, pendant les journées de juin, les cadavres qu'on ne pouvait enterrer, s'accumulaient à l'Hôtel-Dieu; la chaleur excessive, les conditions dans lesquelles avait eu lieu la mort, augmentaient les chances de décomposition, et faisaient redouter de graves accidents d'infection. Un embaumeur, sollicité de venir conjurer le danger, avait demandé une si forte somme que l'on hésitait; M. Broca, aidé par des hommes de l'amphithéâtre, accomplit la pénible besogne. Des circonstances indépendantes du désir de M. Thierry, alors un des directeurs, empêchèrent M. Broca d'être décoré; en 1871, pour tout remerciement, on le nomma chevalier de la Légion d'honneur; il l'était déjà depuis trois ans.

M. Broca ne monta qu'une seule fois à la tribune du Sénat pour y lire un terne rapport sur les lycées de filles; il était cependant appelé à prendre une grande place dans cette assemblée, mais je crois que son caractère se serait toujours difficilement plié à la discipline indispensable aux majorités républicaines, et, malgré les

explications qu'il donna, je me plais à croire que ce ne fut pas sans regret que, pour soutenir une loi peu libérale, il vota contre le grand corps savant dont il était vice-président.

Les nouvelles occupations que lui imposait son titre de sénateur n'avaient pu, malgré les supplications de sa famille, de ses amis, l'amener à modifier sa vie effrayante de travail. Le matin, l'hôpital et sa clinique; dans l'après-midi, les examens de la Faculté, deux leçons d'anthropologie par semaine, ses recherches dans son laboratoire, les conseils, les commissions obligatoires; le soir, le travail de cabinet, sa volumineuse correspondance : il ne voulait rien négliger; la seule concession qu'il voulut faire fut de ne pas se laisser entraîner par son travail au delà de minuit.

Le 8 juillet 1880, M. Broca, arrivé au Sénat en se plaignant d'une vive douleur dans l'épaule, fut obligé de quitter la séance; rentré chez lui, il s'étendit sur un lit de repos, demandant qu'on le laissât dormir : il ne devait pas se réveiller.

Un ancien affirmait que les éloges devraient être différés jusqu'au moment où l'on aurait perdu la mémoire des morts. Alors on pourrait en faire des géants sans que personne ne s'y opposât.

Quoique parlant devant des contemporains, je ne redoute pas semblable reproche, et ma seule crainte est d'avoir été plutôt au-dessous de la vérité.

M. Broca restera une des plus grandes personnalités qui aient traversé la science chirurgicale française.

Arrivant à une période où des méthodes, des procédés nouveaux séduisants par leur exactitude et par leur précision, prétendaient, en l'arrachant à l'empirisme et à la tradition, régénérer la chirurgie et la conduire dans la voie assurée du progrès, M. Broca s'en fit le plus ardent promoteur. La prétention était-elle motivée ? fut-elle réalisée? L'histoire prononcera. Mais les ouvrages de M. Broca resteront comme l'expression la plus élevée de cette école qui s'appuie sur l'érudition, la critique et l'analyse des observations.

Si la Société de biologie eût accueilli le mémoire de l'hybridité, la Société d'anthropologie ne serait pas née, et M. Broca n'eût jamais peut-être été entraîné vers l'anthropologie, où des travaux considérables firent oublier le chirurgien pour ne plus voir que l'anthropologiste.

C'est un déni de justice et pour M. Broca et pour vous, messieurs.

Pendant quinze ans, M. Broca a pris part à toutes vos grandes discussions; pas une question n'a été soulevée sans qu'il ne l'éclairât d'un aperçu nouveau; dans toutes, il a laissé la marque ineffaçable de son savoir, et le jour où, armé du trépan, il put ren-

dre le langage à un aphémique, il a donné à la postérité la preuve de son talent chirurgical.

Si par la mort de M. Broca, la France perdait une de ses illustrations, rappelons, avec un légitime orgueil, qu'elle nous appartient, et que la science chirurgicale perdait une de ses gloires.

Proclamation des prix de la Société de chirurgie.

1° PRIX GERDY.

La question posée était : *Des tuberculisations localisées au point de vue chirurgical.*

La Société a décerné une récompense de 1,000 francs à M. e Dr *Charvot*, du Val-de-Grâce, pour un mémoire ayant pour épigraphe: *La tuberculose est une.*

2° PRIX DEMARQUAY.

La question posée était : *Étiologie de l'érysipèle.*

Le prix est partagé entre :

M. le Dr *Soyer*, de Vicherey (Vosges),

Et M. le Dr *Bouillet*, de Béziers.

3° PRIX LABORIE.

La Société ne décerne pas de prix. Elle accorde :

1° Un encouragement de 800 francs à M. *Tuffier*, aide d'anatomie, pour son mémoire sur les *gommes et scléroses syphilitiques des lèvres;*

2° Un encouragement de 600 francs à MM. les Drs *Nimier* et *Nosiman*, pour leur travail sur la *cystotomie hypogastrique;*

3° Un encouragement de 400 francs à M. le Dr *Beauregard*, du Havre, pour son mémoire intitulé : *Des accidents d'ostéotomie.*

4° PRIX DUVAL.

Ce prix a été décerné à M. *Bouley* pour sa thèse sur la *taille hypogastrique.*

La Société décernera :

En 1884. 1° Le prix Duval pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie, publiée en France, dans le courant de l'année.

2° Le prix Laborie, à l'auteur du meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, adressé à la Société pendant l'année courante.

Les mémoires devront être envoyés avant le 1er novembre 1884.

En 1885. 1° Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 francs.

La question proposée par la Société est :

Gangrène des membres, étiologie, pathogénie et traitement chirurgical.

2° Le prix Demarquay, de la valeur de 800 francs. La question proposée est :

De la pathogénie des luxations pathologiques.

Les mémoires, pour ces deux prix, devront être envoyés avant le 1er novembre 1885.

Séance du 6 février 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° Une lettre de remerciements de M. Dieu, nommé membre correspondant ;

3° Une lettre de M. le Dr Lizé, du Mans, membre correspondant national, donnant sa démission pour raison de santé ;

4° M. Berger présente, au nom de M. Bœckel, la thèse de M. Garcin, intitulée : *Contribution clinique à l'étude de la cystotomie sus-pubienne ;*

5° M. Dubourg, de Bordeaux, adresse une observation intitulée : *Hernie inguinale congénitale; étranglement du sac par une bride fibreuse; opération; guérison.* (Rapport de M. Polaillon.)

6° M. Lannelongue offre, de la part de M. le Dr Baratoux, un travail intitulé : *Contribution à l'étude des maladies de la cavité nasopharyngienne des tumeurs adénoïdes.*

Allocution de M. Guéniot, président sortant.

M. Guéniot, président sortant, prononce l'allocution suivante :

Mes chers collègues, avant de quitter les honneurs de la présidence, je veux vous remercier encore de m'en avoir si libéralement gratifié. Je vous remercie surtout de la bienveillance que vous m'avez toujours témoignée et qui m'a rendu facile l'accomplissement de ma haute mission.

J'invite notre trèshonoré président, M. Marc Sée, à prendre place au fauteuil, et notre second secrétaire, M. Gillette, à inaugurer ses nouvelles fonctions.

Allocution de M. Marc Sée en prenant le fauteuil de la présidence :

Messieurs et chers collègues,

En prenant place dans ce fauteuil où m'a élevé votre amitié, je veux avant tout vous exprimer la profonde reconnaissance dont je me sens pénétré. L'honneur que vous m'avez conféré est de ceux qu'on ne saurait estimer trop haut. Car la Société de chirurgie occupe, parmi les corps savants, un rang des plus éminents : ce qu'elle doit à l'eprit scientifique qui l'anime, ainsi qu'à l'ardeur avec laquelle elle travaille à l'avancement de la pathologie externe et au perfectionnement des méthodes de traitement. A cette ardeur participent non seulement tous les membres de notre Société, mais encore la plupart des chirurgiens de notre pays, en quelque sorte groupés autour d'elle, si bien que la Société de chirurgie peut se dire sans ostentation la véritable représentation de la chirurgie française. Ce qui caractérise essentiellement cette chirurgie, c'est que, profondément respectueuse de la vie humaine, dont elle se fait scrupule de retrancher un seul jour, elle répugne à ces opérations téméraires qui semblent faites pour donner de la notoriété au chirurgien plutôt que des espérances au malade, et dont on a pu dire, non sans raison, que les rares succès qu'elles ont procurés doivent être considérés comme néfastes, puisqu'ils sont autant d'encouragements pour ceux qui tentent ces dangereuses pratiques.

Mais notre Société accueille avec empressement et patronne tout

Paris. Soc. d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.). *Le gérant* : G. Masson.

progrès véritable, d'où qu'il vienne, et tout ce qui peut contribuer au soulagement de l'humanité souffrante. Il suffit de parcourir vos bulletins pour se convaincre que la chirurgie française sait, à l'occasion, déployer toute la hardiesse compatible avec les saines doctrines et l'intérêt, bien entendu, du malade. Ils montrent aussi que votre zèle et votre activité, loin de se calmer, ne font que croître d'année en année; et celle qui vient de commencer, à en juger par ses débuts, ne paraît pas devoir le céder, sous ce rapport, à ses aînées.

Pour accomplir la tâche que ses fonctions lui imposent, votre nouveau président ne se dissimule pas qu'il a besoin de votre bienveillant concours et de toute votre indulgence. La déférence que vous n'avez cessé de témoigner à ses prédécesseurs lui fait espérer que vous voudrez bien lui accorder l'un et l'autre. Il fera des efforts constants pour les mériter.

Avant de revenir à notre ordre du jour, je vous demande la permission de remercier en votre nom les membres sortants de votre bureau de 1883, M. Guéniot, qui a présidé vos séances avec un soin et une ponctualité si remarquables, et M. Périer, votre sympathique secrétaire, dont les procès-verbaux resteront comme des modèles d'exactitude. Vous avez vous-mêmes remercié M. Horteloup, notre aimable secrétaire général, en couvrant d'applaudissements son bel éloge de Broca, et MM. Berger et Terrier, en leur continuant, par acclamation, les fonctions de trésorier et d'archiviste.

J'invite M. Gillette à prendre place au bureau en qualité de secrétaire annuel.

A propos de la correspondance.

M. Robin (de Lyon) présente, en son nom et au nom de M. Daniel Mollière, quinze malades atteints de *Genu valgum*, traités et guéris par l'ostéoclasie. (Rapporteur M. Tillaux.)

Présentation de malade.

M. Fauvel (du Havre) demande un tour de faveur pour présenter un jeune homme de 16 ans, atteint de hernie traumatique de la base du thorax à la suite d'un coup de couteau reçu dans le 10e espace intercostal gauche.

Observation. — *Plaie pénétrante de la poitrine* (côté gauche). — *Hernie viscérale probablement de nature épiploïque*, par M. le Dr Fauvel (du Havre).

Nicolle, ouvrier verrier, âgé de 16 ans, sans antécédents héréditaires, se prit de querelle, le 26 janvier dernier, avec un camarade qui déjeunait. Nicolle lui avait déjà asséné plusieurs coups de poing, quand celui-ci lui projeta, d'une distance de deux ou trois pas, un couteau pointu qu'il tenait à la main. La lame alla frapper Nicolle à la base de la poitrine, au moment où il prenait de nouveau son élan pour se jeter sur son adversaire.

Aussitôt le blessé, qui venait de manger, éprouva une vive douleur, des sueurs, une défaillance et des vomissements alimentaires. — Pas d'hémorragie.

Il fut transporté à l'hôpital du Havre, où, le lundi 28, il présenta les symptômes suivants :

Plaie de 3 millimètres de long, oblique de haut en bas et d'arrière en avant, dans le 10e espace intercostal gauche, située sur une ligne verticale dirigée du bord postérieur du creux axillaire à la crête iliaque, et tombant à 5 centimètres en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure. Par cette plaie, dont les bords sont nettement coupés, s'est produit une hernie d'un rose grisâtre, de la consistance et de la *forme d'un long mamelon de sein*. Le volume et la forme peuvent encore être comparés à la dernière phalange du petit doigt. La surface en est lisse ou très légèrement chagrinée, sans trace de fente ni de solution de continuité; elle ne laisse suinter ni sang ni sérosité. A l'entrée du malade à l'hôpital, l'interne croit avoir senti de la crépitation en pressant le mamelon hernié; mais on ne la retrouve pas distinctement. Une douleur vive à la pression existe dans un rayon de 6 ou 7 centimètres. Pas de changement de volume de la hernie pendant les mouvements respiratoires, même quand ils sont exagérés. Le thorax est plus développé à gauche qu'à droite. Le tronc, incurvé à gauche, reprend avec difficulté, à cause de la douleur, sa rectitude normale.

A la percussion du thorax, exagération très accusée de la sonorité à gauche, surtout en bas et en avant. Le murmure vésiculaire est faible en avant et en bas, régulier, plus accusé en haut, des deux côtés. En arrière, le murmure vésiculaire est régulier à droite, bien que plus faible en bas qu'en haut; — à gauche, il est fortement tubaire plutôt qu'amphorique, avec résonance de la voix. Pas de bruit d'airain ni de bruit de succussion hippocratique. — Plusieurs crachats sanglants. — 30 respirations à la minute, du type costal-supérieur. — Battements du cœur normaux, pouls à 68, régulier. — Quelques vomissements alimentaires, sans traces de sang.

Des tentatives de réduction provoquent de vives douleurs et sont infructueuses.

Le 29, la hernie est un peu plus tendue, plus rouge, plus douloureuse. La résonance tympanique du côté gauche est plus forte que

la veille. Mêmes symptômes à l'auscultation. La dilatation du thorax se fait sensiblement plus à la partie supérieure qu'à la partie inférieure. Expulsion de quelques crachats rouges, sanglants, d'autres moins rouges et fibrineux. Les vomissements ne se sont pas reproduits. Le blessé, qui a mangé des potages, demande un œuf.

Nouvelles tentatives de réduction, également infructueuses.

30 janvier. La hernie s'est desséchée à sa surface et prend à son extrémité une teinte noirâtre. La douleur est beaucoup moindre, le malade peut, pour la première fois, se mettre de lui-même sur son séant. La résonance à la percussion est toujours très accusée à gauche. Mêmes symptômes à l'auscultation. Pas de crachats sanglants.

Le 31 janvier, la tumeur s'est encore plus desséchée à la surface, malgré un pansement à la glycérine continué depuis le jour de son entrée à l'hôpital. Elle a un peu diminué de volume. La consistance est plus ferme. Quand on la comprime un peu fortement, on détermine une douleur très vive vers le nombril. A la percussion, même résonance tympanique à gauche, mêmes signes stéthoscopiques, mais atténués. Le mode respiratoire costal supérieur a presque disparu. 26 inspirations. Pouls à 72.

Régime : quart matin et soir.

1er février, la faible croûte noirâtre qui s'était formée sur la hernie est tombée et montre à sa place une surface granuleuse, mamelonnée, rouge sur certains points, grise sur d'autres. La base de la tumeur étranglée est en voie de cicatrisation avec les bords de la plaie. Une anse de fil passée sur cette base et serrée amène une très vite douleur et immédiatement des vomissements glaireux. Les douleurs et les vomissements disparaissent sitôt l'ablation de l'anse. La résonance thoracique est un peu moindre.

Le 2, le 3 et la 4, la hernie a à peu près le même aspect. Le tympanisme et les symptômes stéthoscopiques sont en décroissance sensible.

Le 5, encore un peu de résonance tympanique en avant. La respiration du côté gauche est normale. Une compression forte de la tumeur provoque toujours une vive douleur vers l'ombilic, ainsi que des nausées ; jamais de phénomènes d'excitation du côté des poumons.

Quel est l'organe hernié ? Le pneumothorax et les crachats sanglants proviennent évidemment de la lésion de la plèvre et du poumon, à l'extrémité inférieure du sinus costo-diaphragmatique. Serait-ce donc le poumon qui se serait ainsi hernié pendant un effort violent ? Cela a été la première pensée. Mais la lésion est située bien bas, en un point où le bord inférieur du poumon ne descend que dans les fortes inspirations ; la tumeur n'a jamais subi de variations de volume sous l'influence des mouvements respiratoires. D'autre part, la douleur vive vers l'ombilic, ainsi que les vomissements que déterminent le pincement de la tumeur, laissent plutôt supposer que le diaphragme, également lésé, aura permis à quelque organe abdominal de s'échapper en partie, sous l'influence d'un violent effort, à travers les deux parois du sinus costo-diaphragmatique.

Discussion.

M. Després. Le malade que vient de présenter M. Fauvel est atteint de hernie épiploïque traumatique. J'ai observé aussi un cas tout à fait analogue. Quant au traitement, il n'y a aucune intervention à tenter. Avec la temporisation et l'application de cataplasme, on verra la petite tumeur s'ulcérer, se modifier, tomber, et la guérison aura lieu en 45 jours. Je repousse la ligature ; du reste, dans l'essai que M. Fauvel en a fait, elle a donné lieu à de la douleur et des vomissements.

A l'occasion du procès-verbal de l'avant-dernière séance,

M. Chauvel lit une *Note relative à des recherches faites par lui au sujet des conscrits exemptés pour* pied plat, *des années* 1876 *à* 1883.

Pied plat non douloureux.

La question de la fréquence relative du pied plat non douloureux ayant été soulevée par M. le professeur Lefort dans la dernière séance, j'ai relevé, pour essayer de contribuer à sa solution, le nombre de jeunes gens exemptés ou classés dans les services auxiliaires de l'armée à cause de cette infirmité. Les chiffres que je vous apporte sont empruntés aux comptes-rendus officiels du recrutement pour les sept années qui vont de 1876 à 1883. Ils montrent que le nombre des exemptions pour pied plat varie suivant les diverses régions de corps d'armée, et le dépouillement de la statistique prouve que la proportion relative de cette infirmité dans les dernières années est sensiblement la même. Je vous fais grâce des chiffres; je les ai réunis dans un tableau que je joins à cette note. C'est dans le 1er corps d'armée (Nord et Pas-de-Calais) que le pied plat est le plus rare; c'est en Bretagne (10e et 11e corps) que cette déformation est de beaucoup la plus commune, 4 fois plus que dans la Flandre. A Paris, le pied plat est moins fréquent que dans le Midi, mais la différence est minime. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, la Touraine, l'Auvergne, la Franche-Comté, la Basse-Normandie, l'Orléanais, le Maine; puis le nombre d'exemptions augmente rapidement dans le Dauphiné, le Limousin, la Somme, la Lorraine, pour atteindre, comme nous l'avons dit, son maximum en Bretagne.

Je ne voudrais pas tirer de cette statistique des conclusions

qu'elle ne comporte pas ; mais il me semble qu'elle démontre assez nettement que la conformation du pied est, avant tout, affaire de race, et que la nature du sol et les occupations n'ont pas, sous ce rapport, une influence aussi prononcée que l'origine ethnique. Portant sur sept années, les causes d'erreur provenant de l'appréciation variable des experts sont à peu près annulées. Si, au lieu de faire porter les recherches sur des régions de corps d'armée, on s'adresse à des subdivisions de région, dans lesquelles les groupes ethniques sont certainement moins mélangés, les résultats ne sont pas modifiés. J'ai relevé le chiffre des exemptions complètes ou partielles, pour pied plat confirmé, dans les subdivisions de région de Lille (Nord), de Tarbes (Hautes-Pyrénées), de Caen (Basse-Normandie), enfin de Guinguamp et de Quimper, dans la Basse-Bretagne, pendant un espace de sept années. Elles se trouvent ainsi classées par ordre de fréquence :

Quimper	139	Bretagne.
Guinguamp.	109	
Lille	44	Flandre.
Caen.	30	Normandie.
Tarbes.	21	Pays basque.

Vous voyez que la Bretagne tient toujours le premier rang ; pendant que la Flandre, la Normandie et surtout le pays basque se distinguent par la rareté de ce vice de conformation.

Comptes rendus du recrutement de 1876 à 1882 inclus.

Nombre par corps d'armée des jeunes gens exemptés ou classés dans les services auxiliaires de l'armée pour pied-plat.

CORPS D'ARMÉE OU RÉGIONS.	EXEMPTÉS.	SERVICE auxiliaire.	TOTAL.
1er corps. — Lille (Nord, Pas-de-Calais.)....	20	138	158
Gouvernement de Paris....................	33	171	204
17e corps. — Toulouse (Lot, Lot-et-Garonne, Haute-Garonne, etc.).........	51	162	213
16e corps. — Montpellier (Aude, Hérault, etc.)	65	161	226
18e corps. — Bordeaux (Gironde, Landes, etc.).	68	158	226
9e corps. — Tours (Indre-et-Loire, Vienne, etc.)	70	171	241
13e corps. — Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme, etc.).........................	75	208	283
15e corps. — Marseille (Var, Basses-Alpes, Corse, etc.).........................	114	197	311
7e corps. — Bezançon (Doubs, Jura, Ain, etc.)	110	208	318
8e corps. — Bourges (Cher, Nièvre, Allier, etc.)	117	205	322
3e corps. — Eure, Calvados, Seine-Inférieure.	142	181	323
5e corps. — Orléans (Loiret, Loir-et-Cher, Yonne, etc.)	71	270	341
4e corps. — Le Mans (Sarthe, Mayenne, Orne, etc.).........................	133	268	401
14e corps. — Lyon (Rhône, Isère, Drôme, etc.)	113	292	405
12e corps. — Limoges (Haute-Vienne, Charente,	154	259	413
2e corps. — Amiens (Somme, Aisne, Oise.)....	162	318	480
6e corps. — Nancy (Meurthe, Meuse, Ardennes, etc.)...................	101	437	538
11e corps. — Nantes (Loire-Inférieure, Morbihan, etc.)..................	290	387	677
10e corps. — Rennes (Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, etc.)..................	298	474	772

NOTE. — D'après l'Instruction du Conseil de santé du 27 février 1877, art. 306, le *pied-plat* caractérisé par la déviation du pied en dehors, avec effacement de la voûte plantaire, saillie anormale de l'astragale, au-dessous de la malléole interne et projection de l'axe de la jambe en dedans de l'axe du pied, peut seul *exempter* du service militaire. Le simple effacement de la voûte n'est pas un motif d'incapacité de servir.

Sont classés pour le service auxiliaire : art. 30, les *pieds-plats* avec une déviation peu considérable, mais suffisante pour rendre impropre au service militaire.

Reprise de la discussion sur le PIED PLAT VALGUS.

M. DESPRÉS. Je demande pardon à la Société de la distraire un instant de ses discussions sur les opérations extraordinaires aujourd'hui à l'ordre du jour, et de la ramener sur cette modeste question de pathogénie ; mais je ne puis m'empêcher de répondre au dernier discours de M. Lefort, qui ne tiendrait rien moins qu'à enlever à notre illustre compatriote Duchenne (de Boulogne) le

mérite des remarquables travaux à la suite desquels il nous a fait connaître la nature du pied plat valgus douloureux. Duchenne (de Boulogne) voyait les choses en artiste, seulement il a dit ce qu'il voyait en homme peu habitué à l'enseignement, aussi n'est-il pas toujours très facile de comprendre ses travaux; mais en lisant avec soin ses études sur les fonctions des muscles du membre inférieur, on ne saurait nier qu'il a parfaitement décrit l'influence exercée par le long péronier sur la cambrure du pied, et par conséquent l'influence de la paralysie de ce même muscle sur la production du pied plat. C'est là, à n'en pas douter, la pathogénie de l'affection; et les auteurs qui l'ont contestée, Nélaton, Gosselin, Lefort, Tillaux, se sont trompés, parce qu'en observant leurs malades à des périodes plus ou moins éloignécs du début, et constatant les conséquences de l'impotence du long péronier latéral, ils ont pris l'effet pour la cause. C'est ainsi que l'on comprend, par exemple, que M. Gosselin, voyant ses malades à la période ultime de leur maladie, et constatant un certain degré d'arthrite, en a conclu que l'arthrite était toujours le phénomène primordial.

Pour résoudre la question d'une manière tout à fait indiscutable, il serait nécessaire d'avoir une série d'observations bien prises et montrant la maladie à ses périodes, seulemcnt ces observations n'existent pas. Celles de M. Lefort ne peuvent servir à ce point de vue, puisqu'il sc borne à indiquer l'âge et la profession des individus sans plus de détails.

Il en existe bien un certain nombre d'autres, dans des thèses inspirées, soit par M. Gosselin, comme la thèse de Froustey, soit par M. Tillaux, comme la thèse de Descos; mais ces observations ayant toutes été prises avec l'idée préconçuc de défendre la théorie du maître et de combattre la théorie de Duchenne, elles ne sauraient entraîner la conviction.

Les obscrvations qu'elles contiennent ne se rapportent d'ailleurs pas toutes à la maladie qui nous occupe, puisqu'on y rencontre des pieds plats hystériques, des pieds plats congénitaux. Notons cependant, en passant, que dans l'une d'elles, rapportée par M. Froustey, on trouve noté le signe que M. Terrillon nous a donné comme nouveau, à savoir : la douleur localisée à la malléole.

Moi-même, dans ma *Chirurgie journalière*, j'ai publié cinq observations de pied plat douloureux, mais je ne vous les lirai pas.

Il en sera tout autrement, je l'espère du moins, des observations que je vais vous communiquer, et dont vous pourrez par vous-mêmes constater l'exactitude.

Le hasard m'ayant permis de rencontrer simultanément trois malades atteintes de pied plat douloureux, à trois périodes différentes, et sur lesquelles, en les rapprochant, on peut suivre d'un

même coup les diverses phases de l'affection, je les ai amenées à la Société et je vais vous les montrer.

M. Desprès présente les trois malades qu'il a fait venir pour le besoin de la démonstration et ajoute ce qui suit :

Chez la première de ces trois malades, agée de dix-neuf ans, vous voyez, lorsque le pied ne porte pas sur le sol, qu'il y a cambrure normale du pied. Vous voyez alors la voûte du pied qui s'affaisse légèrement, la pointe du pied est portée en dehors et vous constatez la contraction intermittente des extenseurs du pied et des orteils. La douleur existe sur le dos du pied. Voilà le premier degré du pied valgus douloureux, ou tarsalgie. C'est la période de début, et c'est celle-la qui avait induit en erreur Nélaton : il croyait que la contracture des extenseurs était tout le mal.

Chez la seconde malade, âgée de seize ans, le mal est plus avancé. A droite et à gauche il y a un aplatissement de la voûte du pied en dehors et douleurs dispersées dans tout le pied. La contracture générale des muscles du pied, du jambier antérieur et du long péronier latéral est très accusée à gauche, où le renversement du pied en dehors est complet ; à droite, le pied est plat et moins douloureux. Vous voyez là, dans son plein, la deuxième période du pied plat douloureux et le passage de la deuxième à la troisième période. Le pied n'est pas encore définitivement plat, il n'y a pas de luxations, car, au repos, le pied offre encore une certaine cambrure.

Chez la troisième malade, âgée de vingt et un ans, le mal est un peu plus avancé, le pied s'est aplati plus vite, mais il s'agit d'une malade traitée par les appareils inamovibles et par l'électricité, et il n'y a pas de pied plat définitif ; si la malade marche peu, elle restera où elle en est ; l'appareil inamovible a raidi ses articulations et s'oppose à l'affaissement complet de la voûte plantaire.

Chez ces trois malades, l'évolution du mal n'a pas procédé par périodes de temps égales, on conçoit les variations individuelles liées à la profession. La première est bonne à tout faire, la dernière est cuisinière, la seconde est une fille qui fait des courses toute la journée. Dans le premier cas, le mal date de quelques mois, trois ans dans le second et dix mois dans le troisième. Nulle part on ne trouve de douleur fixe et continue au niveau d'une articulation quelconque. La dernière malade présente toutefois, sur le pied le plus aplati, la douleur au niveau de la malléole externe, duc à la compression probable de cette malléole, et dont M. Terrillon a fait un cas spécial. La deuxième malade a, en outre, vous le voyez, une scoliose légitime. Cette scoliose des adolescents, que Duchenne (de Boulogne) encore a si justement attribuée à un défaut

d'équilibre des puissances musculaires de droite et de gauche, je l'ai déjà observée, j'en ai publié deux cas dans ma *Chirurgie journalière*. Ces faits sont des plus probants : le trouble musculaire de la région dorsale, coïncidant avec le trouble musculaire de la jambe, indique bien qu'il est l'essence, c'est-à-dire la cause première du mal.

M. Le Fort nous a dit, dans sa communication, que l'électrisation du long péronier ne pouvait pas rétablir la cambrure du pied, et il en a conclu que cela démontrait le peu d'influence de ce muscle dans la production de la maladie. C'est là une erreur, et le résultat négatif auquel il arrive s'explique par ce fait que son intervention s'est toujours produite à un moment où, la maladie étant ancienne, le muscle avait perdu la plus grande partie de son énergie.

Pour ce qui est du coussin pyramidal dont se sont servi MM. Le Fort et de Saint-Germain, j'ai eu l'occasion de voir deux malades, traités par cet appareil, qui ne pouvaient pas le supporter. Ce résultat était facile à comprendre : un pareil traitement est irrationnel, puisqu'il s'applique à remédier à un des accidents de la maladie, mais non pas à la maladie elle-même. Le seul traitement véritable, lorsqu'on est appelé au début du mal, est encore celui proposé par Duchenne (de Boulogne), l'électrisation du long péronier latéral. Cette électrisation, je dois le reconnaître, n'est pas facile à exécuter; elle exige une habileté toute spéciale, que Duchenne, soit dit en passant, possédait au plus haut degré. On peut également maintenir le pied dans une bonne position à l'aide d'un appareil.

Après la dernière période, alors que la déformation du pied est complète, que la douleur a disparu, on ne doit rien faire. Ce pied plat ressemble au pied plat congénital, qui, vous le savez, ne gêne que fort peu le malade.

M. Trélat. D'une manière très générale, je partage le sentiment de M. Desprès ; mais je n'en persiste pas moins dans l'opinion que j'ai déjà émise ici, à savoir que le pied plat valgus douloureux est une maladie complexe, rarement identique à elle-même, et dont les accidents ne peuvent être interprétés qu'à la condition de les observer longuement, minutieusement et avec de grands détails pour chaque cas particulier.

Je pense que l'une des principales causes de cette obscurité du pied plat douloureux est ce fait, qu'il s'agit d'une maladie dont la marche varie non seulement suivant le traitement adopté, la gravité des causes déterminantes ou l'état de résistance des individus, mais encore suivant l'époque à laquelle le malade est examiné.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il s'agit là d'un processus pathologique qui marche par périodes successives de durée extrêmement variable, et dont l'enchaînement n'a rien de fatal : la première étape ne détermine pas nécessairement la seconde, la seconde n'est pas nécessairement suivie de la troisième, etc.

Quand on n'a pas suivi minutieusement la succession de ces à-coups, qui exigeraient bien plus de trois malades pour être constatés simultanément, on juge fort mal des faits que l'on observe.

Duchenne (de Boulogne), personne de nous ne le conteste, a fait une grande découverte en montrant l'influence de l'impotence fonctionnelle du long péronier latéral sur le développement du pied plat douloureux. Mais il ne faudrait pas croire que, par cette découverte, il a définitivement fixé la pathogénie de toute l'affection.

Et tout d'abord cette impotence, que rien n'explique, ne saurait représenter le premier temps de l'affection ; on comprend difficilement, en effet, une semblable impotence, si nettement localisée à un seul muscle, qui serait indépendante de toutes les variétés de paralysies musculaires que nous connaissons, la paralysie atrophique de l'enfance ou autres.

Il faut qu'il y ait quelque chose de spécial avant le moment où le muscle devient impotent, et ce quelque chose, le voici :

La tendance à l'aplatissement de la voûte plantaire pendant la marche est un fait universel, constant, d'ordre physiologique, surtout lorsqu'il s'agit des jeunes gens.

Cette tendance est balancée normalement par la contraction des muscles de la jambe, dont l'action ne peut se faire longtemps sentir sans déterminer un certain degré de fatigue. Rappelez-vous ce qui vous est arrivé à tous pendant votre jeunesse ; observez ce qui se passe chez les jeunes collégiens au moment où ils rentrent d'une longue promenade, et vous ne tarderez pas à reconnaître les effets de cette fatigue, qui se caractérise par une démarche toute spéciale. L'enfant cesse-t-il de marcher, les muscles se reposent et tout rentre dans l'ordre, surtout s'il s'agit d'un solide et robuste gaillard dont tout les tissus sont à la fois fermes et élastiques.

Mais qu'un pareil fait se produise chez des individus sans résistance ; que ces individus, de par leurs occupations habituelles, n'aient pas la possibilité de se reposer d'une manière suffisante, oh ! alors, les choses seront tout autres.

Cette fatigue détermine de la douleur, que nous cherchons à localiser, soit dans les ligaments, soit dans les muscles. Mais cela importe peu ; ce qu'il y a de certain, c'est que l'enfant se défend contre cette douleur par la contraction des muscles plantaires, et que, sous cette influence, son pied prend une forme qui n'a d'ailleurs rien d'invariable. C'est ainsi que sur l'une des jeunes

personnes que nous a présentées M. Desprès ces contractions portent surtout sur les fléchisseurs, et ont donné au pied une forme en griffe tout à fait caractéristique. Notons cependant que, le plus souvent, ce sont les muscles péroniers latéraux et jambier antérieur qui maintiennent la voûte plantaire, et que ce sont eux qui entrent surtout en contraction dans ces circonstances.

Quoi qu'il en soit, cette contracture ne peut toujours durer, et, lorsque la fonction musculaire est en quelque sorte usée, le muscle abandonne la partie, se relâche, et l'impotence est constituée.

C'est alors que le pied s'aplatit. Cet aplatissement ne s'observe tout d'abord que pendant la station debout; lorsque le malade est couché, le moindre effort suffit pour redresser la voûte. Mais, par la suite, ces phénomènes s'aggravent, la réduction de la difformité devient de plus en plus difficile, les muscles, qui obéissaient tout d'abord à l'action de l'électricité, restent flasques sous l'influence de cet agent, les articulations se prennent à leur tour, et l'on se trouve en présence de cette arthrite à laquelle M. Gosselin fait jouer un rôle si considérable; enfin, et en dernier lieu, les os se déplacent, le pied s'accommode à ces nouvelles conditions statiques, la douleur disparaît et la difformité est confirmée d'une manière irrémédiable.

Je répète que si on ne tient pas compte de cette évolution, variable dans une certaine mesure d'un individu à un autre, suivant son tempérament et les traitements qu'il a ou qu'il n'a pas suivis; si l'on se borne à étudier la maladie à telle ou telle de ses périodes sans analyser avec le plus grand soin l'état des muscles, des os, des articulations; si on perd de vue le point de départ physiologique que je viens de vous signaler, on ne peut qu'errer dans l'appréciation de la cause et de la nature des accidents observés, et l'on s'expose à diriger contre eux une thérapeutique irrationnelle, qui est sans influence sur le mal lorsqu'elle ne l'aggrave pas.

M. Terrillon. M. Després nous disait tout à l'heure que la douleur spéciale de la malléole externe signalée dans ma communication était déjà indiquée dans une observation de la thèse de M. Froustey (1873), sur le *pied plat valgus congénital.*

Cette observation montre au contraire que la douleur notée par l'auteur siégeait non pas à la malléole, mais à la partie externe de l'articulation médio-tarsienne, bien en avant par conséquent de la malléole. Voici les termes que je constate dans cette observation : « Bord interne du pied relevé, bord externe abaissé; face plantaire regardant légèrement en dedans. Saillie anormale sur l'astragale au niveau de l'articulation de ce dernier os avec le scaphoïde ;

cette bosse, douloureuse à la pression et à la percussion, a été le premier symptôme à se montrer, d'après les renseignements de la malade. Au-dessous et en avant de la malléole externe, se trouve une légère saillie de la grosseur d'une petite amande, correspondant à la face dorsale du cuboïde, etc. »

M. Després. Le titre de l'observation à laquelle j'ai fait allusion, et lue par M. Terrillon, est : « Pied plat de naissance. »

M. Daniel Mollière. Parmi les malades guéries de genu valgum qui vous ont été présentées, M. Després a pu remarquer que l'une d'entre elles avait un pied plat congénital, avec valgus concomitant. Cette déformation est, à mon avis, une des principales causes du développement du genu valgum. C'est à ce point qu'il m'est arrivé, dans des cas tout à fait récents de genu valgum avec vulgus, de guérir la malade et d'éviter l'ostéoclasie, en lui faisant porter des chaussures qui maintiennent le pied en varus, et obligent à marcher sur le bord externe du pied.

M. Tillaux. Les arguments de M. Després ne m'ont pas convaincu, parce qu'il ne nous a donné aucune preuve de sa manière de voir. Il croit que la maladie commence par l'impotence du péronier, moi je crois qu'elle est secondaire, et que la maladie commence par la distension des ligaments qui maintiennent la voûte plantaire, et que cette distension est douloureuse. La meilleure preuve que je suis plus près de la vérité que M. Després, c'est que j'ai pu guérir un grand nombre de malades sans avoir recours à l'électrisation du long péronier.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 13 février 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° La *Revue du service* du Dr Van Hœter, à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles;

3° Une lettre de remerciements de MM. Tuffier, Beauregard et Bouillet, dont les travaux ont été récompensés par la Société de chirurgie ;

4° M. Verneuil offre un mémoire intitulé : *Amputation du col de l'utérus avec l'écraseur linéaire ;*

5° M. L. Labbé présente, au nom de M. Hermet, une brochure intitulée : *Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire*, par Jonathan Hutchinson, traduit et annoté par le Dr Hermet, avec une préface de M. A. Fournier et 2 planches, 1884.

A propos du procès-verbal.

M. Reclus. Dans la précédente séance, et à propos de sa très intéressante communication sur l'ostéoclasie, M. Robin a revendiqué la priorité pour son appareil avec une telle insistance et en termes si vifs, qu'on aurait pu croire cette priorité contestée par notre ami M. Collin. Il n'en est rien. La seule priorité que réclame M. Collin, c'est d'avoir appliqué à la rupture des membres déviés un appareil particulier, tandis que jusqu'alors on avait toujours eu recours à l'ostéoclasie manuelle. Il a ainsi pratiqué, avant 1879, plus de cent redressements pour genu valgum, et c'est à ce propos que la Faculté de médecine lui décerna le prix Barthès.

Les premiers modèles de M. Collin prenaient à la fois un point d'appui sur la jambe et sur la cuisse; il pouvait en résulter quelques accidents du côté de la jointure, et M. Delens nous a signalé ici même des entorses du genou. M. Robin a eu l'idée de prendre ses deux points d'appui sur le fémur, laissant l'articulation en dehors du champ opératoire; c'est là une amélioration incontestable qui appartient en propre à M. Robin ; M. Collin l'a proclamé bien souvent.

Il n'a pas d'ailleurs dédaigné ce progrès ; il en a tenu compte dans son nouveau modèle, qui me paraît supérieur à celui de notre confrère de Lyon ; il est moins brutal ; il agit avec autant de sûreté et plus de douceur : il s'applique indistinctement, et par un rapide changement de pièces, aux enfants et aux adultes, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. Enfin, avec l'ostéoclaste de M. Robin, la fracture se fait d'avant en arrière, de telle sorte qu'un fragment esquilleux pourrait blesser les vaisseaux poplités ; avec l'ostéoclaste de M. Collin, la fracture se fait latéralement de dedans en dehors ; les esquilles, s'il en existe, sont alors tout à fait inoffensives.

Rapport.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation intitulée : *Kyste hydatique de la région parotidienne droite, simulant une tumeur néoplasique de la glande; ablation de la parotide, guérison,* par M. Vieusse, médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Oran.

Messieurs,

L'observation dont je viens de vous lire le titre est un nouvel exemple des difficultés du diagnostic que présentent les tumeurs de la région parotidienne. — Un Arabe, âgé d'une trentaine d'années, porte dans la région parotidienne droite une tumeur de la grosseur du poing, qui, depuis 18 mois au moins, s'est développée lentement, sans gêne ni douleur. Il entre à l'hôpital d'Oran le 3 août 1883. L'intégrité de la peau, la mollesse, la fluctuation, l'absence de bosselures, la délimitation assez nette de la grosseur, la conservation de la santé générale, l'absence de gêne et de douleurs, d'engorgement ganglionnaire, font admettre une tumeur bénigne. Une ponction exploratrice laisse couler quelques gouttes d'un liquide filant, albumineux, et l'on conclut à l'existence d'un *myxome* parotidien.

La ponction était faite le 23 août, l'ablation de la tumeur fut pratiquée le 28 août. M. *Vieusse* ne signalant aucun phénomène consécutif à la ponction, il est à supposer qu'elle n'entraîna aucun accident inflammatoire. Je n'ai rien à dire de l'extirpation de la glande. Elle fut pénible, comme toujours, et nécessita la section de la veine jugulaire externe et de l'artère carotide externe, qui furent coupées entre deux ligatures. Cette dernière était complètement enveloppée par la production morbide. L'issue de quelques gouttes de liquide louche, comme muqueux, fit un instant redouter à notre confrère d'avoir pénétré dans le pharynx. Il n'en était rien heureusement, mais la dissection de la face profonde de la tumeur amena l'ouverture d'une poche purulente, de la grosseur d'un œuf de poule, tapissée par une membrane lisse, qu'une légère pression fit sortir en dehors. — Il s'agissait donc d'un kyste hydatique suppuré, kyste développé à la partie externe de la parotide qu'il avait rejetée en dehors. L'examen montra de suite l'intégrité de la glande salivaire.

Rien à noter après l'opération qu'une paralysie faciale incomplète du côté droit, paralysie fort améliorée au bout de six semaines, époque de la guérison complète de la plaie opératoire.

Notre collègue se demande s'il était possible d'éviter l'erreur de diagnostic qui l'a conduit à pratiquer une opération dont la gravité ne peut être discutée. Certes, l'ablation de la parotide entière entraînant la division de la carotide externe et de ses branches terminales, la section et la ligature de la veine jugulaire externe, la blessure d'une partie des branches du nerf facial, n'est pas une opération qu'on doive pratiquer sans nécessité. La mort peut fort bien en être la conséquence. Si le Dr Vieusse avait été assuré de l'existence d'un kyste hydatique, il se fût, j'imagine, contenté d'une intervention moins dangereuse à tous égards. Une incision d'étendue convenable pour permettre l'issue de la poche kystique, et la guérison était presque certaine.

Ici, comme dans bien des cas, la ponction exploratrice, loin d'éclairer le diagnostic, a favorisé l'erreur. Il est vrai qu'on s'est contenté de l'examen à l'œil nu du liquide évacué, sans recourir au microscope. Je ne prétends pas que ce dernier eut montré les crochets caractéristiques, nous savons qu'ils font souvent défaut, mais peut-être eût-il amené un doute sur la nature myxomateuse de la tumeur. En tout état de choses, étant données la mollesse et la fluctuation, une ponction avec un trocart plus volumineux n'était pas sans être indiquée. Les kystes hydatiques sont très fréquents en Algérie, et les phénomènes morbides pourraient attirer l'attention sur une production de ce genre, du moment où l'existence d'une poche remplie était amplement démontrée.

Je sais bien qu'il est plus aisé de faire un diagnostic rétrospectif que de reconnaître sur le vivant la nature précise d'une tumeur parotidienne. Comme le dit fort justement M. *Vieusse*, les maîtres eux-mêmes s'y sont parfois trompés. De tels faits sont rares, puisque notre confrère n'a pas, dans ses recherches bibliographiques, rencontré une observation analogue; mais je crains bien que la lecture de la sienne ne puisse conduire à éviter l'erreur dans l'avenir, car les signes diagnostiques n'offrent absolument rien de spécial ou de caractéristique.

Aussi je vous propose d'adresser des remerciements à M. le Dr *Vieusse*, de déposer son observation dans nos archives, et de donner à notre confrère, qui nous a déjà communiqué de nombreux et intéressants travaux, un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société.

Discussion.

M. Desprès. Les kystes hydatiques proprement dits des glandes sont prodigieusement rares, car ces sortes de tumeurs se ren-

contrent le plus souvent dans le tissu cellulaire. Aussi y a-t-il lieu de se demander s'il ne s'agirait pas là d'un kyste salivaire, d'un ganglion lymphatique chroniquement enflammé et ramolli. En tout état de cause, l'examen anatomo-pathologique de la tumeur étant insuffisant et l'examen histologique n'ayant pas été fait, il est impossible de se prononcer sur la nature exacte de la maladie.

M. Verneuil. Il y aurait peut être avantage à publier cette observation, car il s'agit peut-être d'un fait unique dans la science. Quant à l'objection de M. Després, elle me paraît incontestable. Le foie, qui est une glande, est le siège de prédilection des kystes hydatiques. Ceux des reins ne sont pas rares.

M. Després. Je veux parler seulement des glandes en grappe.

NOMINATION DE COMMISSION

MM. Reclus, Polaillon et Berger sont nommés par élection pour examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire.

Rapport.

M. Chauvel lit un second rapport sur une observation intitulée : *Sur un cas de mort par septicémie à la suite de l'extirpation des ganglions du cou* (*hémorragie de la carotide et gangrène du cerveau*), par le Dr Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

L'observation qui nous a été communiquée par M. le Dr Poulet est très intéressante et soulève d'importantes questions de pratique. Comme elle me paraît digne de figurer en entier dans nos bulletins, je me contenterai de vous en faire connaître les parties essentielles, en même temps que les réflexions qu'elle a inspirées à notre collègue.

Un homme de 23 ans, robuste, atteint d'une adénite sous-maxillaire et carotidienne double qui date de quelques mois, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, après l'essai infructueux des préparations iodées intra et extra. Il sort, légèrement amélioré, après 12 injections interstitielles d'une solution phéniquée forte, mais rentre un mois plus tard, en juin 1883, son état s'étant aggravé dans le pénitencier où il est détenu.

L'extirpation des ganglions, indiquée par les progrès rapides de l'affection, les douleurs et la gêne respiratoire, est pratiquée le 22 juin 1883, non sans difficultés, et après dénudation des troncs

veineux et artériels recouverts par la tumeur. Pas de ligatures, lavage avec une solution de chlorure de zinc à 8 0/0, drain, suture, pansement de Lister. L'inoculation à des cobayes montre qu'il s'agissait bien de masses tuberculeuses.

Les premiers jours se passent assez bien, et la plaie opératoire semble à peu près réunie; mais dès le 29 juin la fièvre augmente, la température monte à 39°; l'incision se rouvre à la partie inférieure et laisse écouler une sérosité abondante. Le 1er juillet, la température atteint 40°,8, une phlébite suppurée n'est plus douteuse, et l'issue, deux jours plus tard, d'un caillot rougeâtre, long de 6 à 8 centimètres et en partie suppuré, fait disparaître tous les doutes. Cependant, sous l'influence des antiseptiques et des toniques, l'état s'améliore peu à peu et la confiance renaît un instant. Mais le 12 juillet, et fort heureusement pendant la visite du matin, éclate une hémorragie artérielle formidable qui nécessite la ligature des deux bouts de la carotide primitive dans la plaie. A peine arrêté, l'écoulement sanguin reparaît, aussi abondant, sous l'influence de la toux et du réveil de l'action du cœur. Il faut de nouveau placer deux liens, l'un sur le bout central, l'autre sur le bout périphérique du tronc carotidien, et enlever la portion intermédiaire de l'artère. Hémiplégie immédiate incomplète.

Le 18 juillet, nouvelles hémorragies arrêtées par la compression médiate; la fièvre continue, le blessé s'affaiblit rapidement. Pour mettre un terme à ces accidents, qui se renouvellent le 20 et le 21 juillet, M. Poulet, ne doutant pas que le sang ne vienne du bout supérieur de la carotide, ce que confirme sa mise à découvert, pratique, mais non sans difficultés, la ligature des carotides interne et externe. Force lui est encore de jeter un fil sur la thyroïdienne supérieure. Le malade, toujours très affaibli, ne se relève pas; la fièvre persiste, ainsi que l'hémiplégie, et la mort arrive le 28 juillet, 36 jours après l'extirpation des ganglions, 16 jours après la première hémorragie.

L'*autopsie* montre que les artères liées et les branches qu'elles émettent sont pour la plupart oblitérées dans une grande étendue; le nerf hypoglosse est détruit en partie; les veines thrombosées ou oblitérées; le lobe gauche du cerveau ramolli dans la partie irriguée par l'artère sylvienne. On constate de plus des infarctus septicémiques dans le poumon gauche et la coloration rouge groseille du sang caractéristique. La mort résulte donc d'une septicopyohémie.

Les réflexions de M. le Dr Poulet portent sur les trois points suivants : 1° la gravité de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou; 2° la nature de l'hémorragie; 3° la conduite à tenir en présence d'une hémorragie secondaire spontanément arrêtée.

1° *Gravité de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou.* — Ainsi que le dit fort bien notre collègue, le fait seul qu'il nous a communiqué suffirait pour démontrer, contrairement à l'opinion émise, il y a trente ans, par H. Larrey, que l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou n'est pas une opération inoffensive. Mais, malheureusement, ce fait n'est pas unique dans la science. Déjà Ph. Roux avait perdu (en 1832) un malade par entrée de l'air dans la veine jugulaire interne. Un chirurgien anglais (*Med. Times and Gazette*, 1855, t. VII, p. 732) voit un de ses opérés succomber à une hémorragie de la carotide. Plus près de nous, et malgré l'emploi de la méthode antiseptique, Billroth, Riedet, Fischer, de Breslau, doivent avouer un certain nombre de décès. Dans la statistique du dernier chirurgien, la proportion des guérisons complètes n'est que de 35 0/0, celle des guérisons incomplètes, nous pouvons dire des insuccès, s'élève à 48 0/0.

Permettez-moi, messieurs, d'ouvrir ici une parenthèse pour exprimer le désir de voir disparaître de la littérature médicale ces mots de *guérison incomplète*, de *demi-succès*, qui ne servent d'habitude qu'à cacher des revers. On guérit d'une opération ou l'on ne guérit pas; il n'y a pas de terme moyen. Sur les 44 guérisons incomplètes de Fischer, nous trouvons 22 récidives. Si l'on ajoute à ces insuccès 16 décès, dont 3 des suites de l'opération, on voit qu'en effet l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou n'est pas une opération inoffensive. Mais, au moins, l'intervention est-elle véritablement utile?

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on fait l'extirpation des ganglions cervicaux scrofuleux. Dans un mémoire consacré à l'étude du traitement de cette affection chez les soldats, mémoire inédit qu'il a bien voulu me communiquer, M. le Dr Poulet fait remonter cette pratique jusqu'à Galien. Reprise par Vésale, Fallope et Paré lui-même, puis bientôt abandonnée, elle est mise largement en usage à la fin du siècle dernier par un chirurgien-major, Magniez, qui, à l'hôpital de Saint-Quentin, l'appliqua plus de 200 fois et accusa 4 morts. Son exemple ne semble pas avoir été suivi par ses contemporains; mais dans la première moitié de ce siècle, les chirurgiens les plus distingués, D. Larrey, Gama, Bégin, Malle, Baudens, Sédillot, H. Larrey, ont fort souvent pratiqué ces extirpations de ganglions hypertrophiés. Au début de ma carrière militaire, il y a vingt ans, et depuis lors, je n'ai que fort rarement assisté à de semblables opérations dans les hôpitaux de l'armée. Mes maîtres, Legouest, Maurice Perrin, Gaujot, Paulet, étaient fort peu partisans de ces interventions opératoires, et ce que j'en ai vu, aussi bien que mes quelques tentatives personnelles, m'a très vite détourné de cette manière de faire.

Cependant, ainsi que le prouvent les statistiques que je citais tout à l'heure, les opinions aujourd'hui généralement admises sur la nature de ces adénites, considérées comme des foyers de tuberculose locale, ont ramené nombre de chirurgiens, surtout en Allemagne, à pratiquer l'extirpation ou, à son défaut, le curage, le grattage des ganglions cervicaux hypertrophiés ou devenus caséeux. C'est à cette conduite que se rattache M. le Dr Poulet, et pour les mêmes raisons.

Il admet, se basant sur les recherches de M. Kisner et sur ses propres expériences, que les adénites cervicales dites strumeuses ou scrofuleuses sont toujours de nature tuberculeuse. Le succès constant des inoculations, aussi bien que les résultats des examens histologiques, ne permet plus aujourd'hui de doute à ce sujet. Or, sans nier la possibilité de la guérison naturelle par la mort sur place, par la momification ou la crêtification du germe tuberculeux après la destruction du ganglion, M. Poulet pense que, même avec le secours de l'hygiène, cette cure, en quelque sorte spontanée, n'est pas le fait habituel. Le plus souvent, par la persistance de conditions de vie défectueuses ou en raison de la constitution du sujet, le ganglion suppure, s'ouvre et verse dans le tissu cellulaire voisin des produits infectieux qui deviennent le point de départ d'abcès, de fongosités tuberculeuses. Heureux encore quant il n'en résulte pas une infection générale de l'économie et le développement de foyers secondaires de tuberculose dans des organes plus ou moins éloignés.

Les avantages de l'intervention opératoire sont : 1° une guérison plus rapide ; 2° la destruction d'un foyer d'infection toujours redoutable ; 3° enfin, la disparition d'une cause d'épuisement. Donc, au début de l'affection, quand les ganglions sont petits, bien isolés, non ramollis, il faut les extirper, malgré les dangers de l'opération. Plus tard, au contraire, quand les ganglions sont nombreux, ramollis, plus ou moins confondus, quand le foyer s'est ouvert au dehors, qu'il existe des abcès, des fistules, des fongosités, il faut se contenter d'un curage et d'un raclage avec la curette tranchante de Volkmann. Dans ces conditions, l'extirpation est rendue difficile par l'écoulement du sang, par les limites indécises des tumeurs, par le manque de résistance des coques ganglionnaires qui se déchirent sous la pince.

Messieurs, ni les raisons théoriques, ni les faits nombreux apportés à l'appui de l'intervention opératoire telle que je viens de l'indiquer, n'ont réussi à me convaincre. Je ne veux pas dire que je rejette d'une façon absolue, dans tous les cas, l'action chirurgicale ; mais je ne puis admettre cette règle de conduite : extirpation ou curage. J'ai vu bon nombre de ces adénites strumeuses ;

j'ai dû forcément intervenir dans certaines conditions et je m'en suis parfois bien trouvé, mais je pense que l'hygiène et le traitement général ont sur la marche de ces lésions, sur leur terminaison, une influence bien plus considérable que certains ne veulent l'admettre aujourd'hui.

Ce n'est donc qu'après l'emploi des bains de mer, après un séjour prolongé à la campagne, et s'il est possible dans un pays sec et chaud, après l'emploi des toniques, de l'iode, des révulsifs, que je me déciderais à intervenir. Encore bornerais-je mon intervention à l'ouverture des abcès par les caustiques, au grattage et au raclage des foyers caséeux, à la destruction des tissus envahis et altérés profondément, sans tenter l'extirpation radicale des ganglions. Bien qu'on en ait dit, il me paraît difficile d'atteindre tous les ganglions malades, et ceux que l'on a oubliés ou dont le volume était trop petit pour attirer l'attention deviennent bientôt le point de départ d'une reproduction de la maladie. La guérison de la plaie opératoire n'est pas la guérison du mal, et des observations nombreuses, des succès constatés après des années pourraient seuls m'amener à devenir partisan d'une opération difficile et non sans dangers. Je partage, au point de vue de la gravité de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou, l'opinion émise par M. le Dr Poulet, mais je fais des réserves sur la valeur clinique de cette opération.

2° *Nature de l'hémorragie.* — Notre confrère considère l'hémorragie de la carotide primitive à laquelle son malade a succombé comme étant de nature septicémique. Comme cause première de la septicémie (peut-être serait-il plus exact de dire de la septico-pyohémie), il incrimine le lavage de la plaie avec la solution de chlorure de zinc à 8 0/0. Cette solution aurait déterminé la thrombose et la phlébite de la veine jugulaire interne, l'ulcération de ce vaisseau, la septicémie, et, plongé dans un foyer de suppuration, le tronc corotidien se serait à son tour ulcéré.

Il nous semble, sans vouloir nier l'action de l'état septicémique sur la reproduction des hémorragies, que M. le Dr Poulet fait trop bon marché du traumatisme opératoire, et que ce dernier n'a pas été sans influence sur la lésion du tronc artériel carotidien. La causticité de la solution du chlorure de zinc à 8 0/0 est-elle assez considérable pour déterminer la mortification des parois d'une grosse artère dénudée ? Pour moi, j'hésite à le croire, mais je comprendrais très bien qu'en énucléant les masses ganglionnaires, qu'en attirant les ganglions pour les isoler, la paroi artérielle eût été tiraillée, pressée, contusionnée peut-être, et que ce traumatisme méconnu eût été pour beaucoup dans l'ouverture ultérieure du vaisseau. Dans les opérations de ce genre, les manœuvres sont lon-

gues, violentes en somme, et peut-être d'autant plus dangereuses que, n'usant que d'instruments mousses, l'opérateur est obligé d'employer plus de force. Il en est surtout ainsi quand les ganglions se sont déjà ouverts et que le tissu cellulaire qui les enveloppe est induré. Raison de plus pour rejeter dans ces conditions les tentatives d'extirpation radicale et se contenter du curage.

3° *Quelle conduite tenir en présence d'une hémorragie secondaire spontanément arrêtée ?* — Faut-il, avec Guthrie, se contenter d'un tourniquet que le malade pourra serrer au besoin, et ne pas intervenir autrement? Ainsi que le remarque fort justement M. le Dr Poulet, il est impossible d'appliquer au cou aucun moyen de compression de ce genre, impossible de maintenir en place pendant des journées entières un appareil efficace. Dans ces conditions, il est donc prudent de recourir à une nouvelle ligature des deux bouts du vaisseau, dans la plaie débridée dans ce but. Telle a été la conduite qu'a suivie notre confrère, et il n'hésite pas à étendre cette règle et à traiter les hémorragies primitives ou secondaires dans la mesure du possible. Bien que cette pratique n'ait pas, dans le cas actuel, réussi à empêcher la mort du malade, déjà septicémique, nous la croyons rationnelle et nous n'hésiterions pas, le cas échéant, à nous y conformer. Quand un blessé est exposé à succomber en quelques minutes à la perte de sang que donne une lésion de la carotide, il n'y a de mesure efficace que la double ligature. Attendre qu'une hémorragie nouvelle apparaisse, c'est jouer avec la vie. En débridant la plaie, en plaçant un fil sur les bouts cardiaques et périphériques, le chirurgien a fait le possible, et si le sang revient, il n'a du moins rien à se reprocher. Lorsqu'il s'agit de blessures du tronc carotidien, la conduite suivie par notre collègue est donc la plus sûre et nous ne pouvons que le féliciter de son initiative.

Je vous propose, messieurs, de publier dans nos bulletins l'intéressante observation de M. Poulet, nouveau titre à l'appui de sa candidature comme membre correspondant.

Communication faite à la Société de chirurgie de Paris, par M. Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, candidat au titre de membre correspondant. — *Sur un cas de mort à la suite de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou.*

Les idées nouvelles sur les tuberculoses locales ont ramené les chirurgiens à la pratique de l'extirpation des ganglions tuberculeux. Malgré la sécurité relative que donnent les perfectionnements de la méthode antiseptique, il n'en faut pas moins considérer ces opérations comme sérieuses. C'est ce que le fait suivant prouve surabondamment.

OBSERVATION. — *Adénite cervicale double tuberculeuse. — Extirpation. — Pansements antiseptiques. — Phlébite de la veine jugulaire interne au huitième jour. — Évacuation du foyer purulent à l'extérieur. — Septicémie lente. — Hémorragie de la carotide primitive gauche au vingtième jour. — Ligature double de la carotide primitive. — Hémorragie nouvelle par le bout périphérique au vingt-huitième jour. — Ligature des branches de la carotide et de la thyroïdienne supérieure. — Mort par gangrène du cerveau le trente-sixième jour.*

Ergo, âgé de 33 ans, détenu au pénitencier militaire de Bicêtre depuis le mois de mai 1882, est un homme d'une robuste constitution, quoique lymphatique. Au mois de janvier 1883, il va consulter le médecin pour une adénite cervicale sous-maxillaire et carotidienne double, plus accentuée à gauche qu'à droite. L'iodure de potassium à l'intérieur, les badigeonnages iodés à l'extérieur n'amenèrent aucune amélioration appréciable dans son état, et il entra au Val-de-Grâce le 23 mars 1883.

J'essayai tout d'abord les injections antiphlogistiques et interstitielles de Hueter avec la solution phéniquée de 3 à 5 0/0 ; elles furent toujours bien supportées, mais ne produisirent qu'une amélioration légère. On fit ainsi en un mois 10 injections à gauche et 2 à droite.

Amélioré, mais non guéri, Ergo retourne au pénitencier, mais rentre un mois après pour la même affection, notablement aggravée ; les masses ganglionnaires sont beaucoup plus volumineuses qu'auparavant et déjà moins mobiles, surtout à gauche, où elles s'enfoncent sous le sterno-mastoïdien. Le cou, au-dessous du menton, mesure 47 centimètres ; le malade se plaint de vives douleurs dans la région cervicale, il est gêné pour respirer et accepte très volontiers la proposition que je lui fis d'extirper ses ganglions. Je m'assurai préalablement qu'il n'existait aucune complication pulmonaire ou autre.

Opération pratiquée le 22 juin 1883, avec le concours de M. de Santi, médecin-major, et des aides-majors stagiaires du service.

Après anesthésie, je fis au côté gauche du cou une incision de 12 centimètres, de l'apophyse mastoïde jusqu'à la hauteur du cartilage thyroïde. Après avoir mis à nu et récliné le sterno-mastoïdien, je me mis en devoir d'énucléer par les procédés ordinaires la masse des ganglions ; ce temps fut assez pénible, et avant d'avoir atteint les parties profondes, la tumeur abcédée se vida au dehors en donnant issue à un pus caséeux. Il fallut poursuivre avec précaution, en se servant des pinces et de la sonde cannelée et dans une région dangereuse, tous les ganglions malades. En haut et en arrière, je me trouvai entraîné fort loin derrière le sterno-mastoïdien. Le tronc veineux thyro-linguo-facial, la veine jugulaire interne et les carotides furent dégagés avec soin de la masse ganglionnaire ; il n'y eut pas une artère à lier, et une pince à forcipressure fut seulement appliquée sur une veine qui donnait du sang à la partie postérieure. La plaie fut ensuite lavée

avec une solution de chlorure de zinc à 8 0/0 ; les veines prirent de suite une coloration noirâtre qui contrastait avec la couleur rose jambon des muscles, le drain fut placé au fond de la plaie et les bords de celle-ci réunis par des sutures métalliques. — Pansement de Lister.

Deux gros ganglions carotidiens furent ensuite extirpés à droite avec facilité et la plaie réunie. — Les tumeurs enlevées étaient manifestement tuberculeuses et l'inoculation à des cobayes amena au bout de 2 mois la mort de l'animal.

Pendant les premiers jours, les choses se passèrent assez simplement ; mais la température oscillant entre 38 et 39°. Au troisième jour, les fils sont enlevés, la réunion primitive était parfaite ; cependant le malade éprouvait des douleurs erratiques, se plaignait du côté gauche de la poitrine.

Le 26, le malade se promène dans la salle, les tubes à drainage sont raccourcis et une suppuration un peu séreuse s'écoule, par l'orifice inférieur. La nuit du 29 fut agitée ; la température s'était élevée à 39° dans la journée ; une sérosité abondante s'écoule par la plaie gauche, qui s'est désunie à la partie inférieure. Préoccupé par l'état des veines après l'opération, je pensai dès ce moment qu'il existait une phlébite, et après avoir nettoyé la plaie avec la solution phéniquée, je prescris 50 centigrammes de sulfate de quinine et un purgatif. La plaie du côté droit peut être considérée comme guérie.

Le 1er juillet, 8 jours après l'opération, le malade est pris d'un violent frisson ; la nuit a été mauvaise et la température monte brusquement de 38°,2 à 40°,8 ; le malade tousse un peu sans qu'on puisse rien découvrir dans son poumon; la pupille droite est fortement dilatée, céphalalgie intense. L'idée de la suppuration du thrombus prit plus de consistance dans mon esprit et j'insistai sur l'alcool, le vin de Banyuls, etc. Du 1er au 3 juillet, il n'y eut pas grande amélioration et la température resta matin et soir au-dessus de 40°. Le 3 juillet, en enlevant les pièces du pansement, on retira avec elles un caillot rougeâtre long de 6 à 8 centimètres, gros comme une plume d'oie, et en partie suppuré. Les bourgeons de la plaie, qui reste réunie dans ses 2/3 supérieurs, sont blafards. Potion alcoolisée à 100°.

Le lendemain, de nouveaux caillots de même nature sont éliminés avec le liquide du lavage ; suppuration très abondante ; vomissements bilieux dans la journée. Dès le 5 juillet, la température commence à baisser; une amélioration sensible commence, la plaie a meilleur aspect, la fièvre tombe complètement, l'appétit revient, le malade se lève, descend même dans la cour le 10 juillet; la température oscille entre 37 et 38°.

12 juillet. Hémorragie de la carotide primitive. — On était en droit d'espérer que ces fâcheux accidents n'auraient pas de suite, lorsque le 12 juillet, à 8 h. 1/2 du matin, alors que je passais la visite dans une salle voisine, je fus prévenu que le sang sortait à flots par la plaie. Immédiatement le pansement fut coupé et je me trouvai en présence d'une hémorragie dont l'abondance et la nature ne pouvaient laisser

aucun doute dans mon esprit sur sa provenance. Le sang sortait à gros bouillons et par saccades et tombait jusque sur les cuisses du malade.

En une seconde, je rompis les adhérences de la cicatrice pour me faire du jour et j'introduisis mon index droit dans la plaie pour comprimer la carotide; j'y réussis assez heureusement, mais quelques secondes après, le sang revenant par le bout supérieur, je dus abandonner ma position première, comprimer le bout central avec les doigts de la main gauche et le bout périphérique avec la droite. Par exception, je me trouvais seul et je me mis en devoir de parer à ce redoutable accident. Ainsi immobilisé, j'envoyai les infirmiers chercher de l'aide, des instruments et tout ce qui était nécessaire pour une ligature d'artère. Au bout de huit ou dix minutes, tout étant prêt, je fis faire une injection d'éther à l'avant-bras. Avec le concours de M. l'aide-major Vignol, je dus faire l'hémostase définitive.

Malheureusement les conditions d'installation étaient déplorables et il fallut allumer une lampe pour éclairer la plaie, à tel point les conditions d'éclairage à 9 heures du matin étaient défectueuses. Je lâchai la compression du bout périphérique et me fis remplacer par les doigts de mon aide; puis, après avoir bien senti les battements du bout central, je portai sur le vaisseau une pince hémostatique. La plaie fut ensuite débridée en bas et en avant sur une longueur de 5 centimètres pour lier le bout central; l'omo-hyoïdien sectionné, j'arrivai ainsi sur la gaine des vaisseaux; les battements de la carotide, quoique faibles, me servirent de guide; l'artère dénudée avec précaution fut liée avec un fil double de soie phéniquée. Un autre fil fut placé sur le bout supérieur et l'hémostase momentanément assurée. Je n'avais pas rencontré la veine jugulaire dont je redoutais la blessure et ce détail me frappa.

L'opération semblait complètement terminée, lorsque, sous l'influence de la toux et du réveil de l'action du cœur, l'hémorragie reparut aussi abondante qu'au début; il était difficile de savoir par quel bout elle se faisait, en raison de la quantité de sang qui s'écoulait; il fallut de nouveau appliquer les pinces hémostatiques et recommencer l'opération. — Nouvelle injection d'éther.

La seconde opération a été faite avec le concours de M. de Santi, médecin-major; un fil de soie phéniquée double fut appliqué sur la carotide primitive au tiers inférieur du cou. Les parois de l'artère étaient épaisses, mais paraissaient suffisamment résistantes. Comme je redoutais le même accident sur le bout périphérique, je reportai un peu plus haut un second fil, non sans difficultés. Je dus enlever les premiers fils et la portion d'artère intermédiaire sur une longueur de 5 centimètres. Le malade a perdu beaucoup de sang; immédiatement après l'opération, il a perdu connaissance, et quand il revient à lui il reste hébété et hémiplégique. Dilatation considérable de la pupille du côté opposé. Paralysie faciale. On s'occupe de le ranimer et de le réchauffer, on lui fait boire un peu de vin cordial et tous les symptômes diminuent peu à peu sans disparaître complètement. Je lui prescris du thé alcoo-

lisé, du vin de Champagne. Pansement simple, avec la gaze phéniquée. Le soir, température 37°. Dans la nuit qui suivit l'opération, un léger suintement sanguin s'arrêta spontanément et on dut sonder le malade pour vider sa vessie.

Le 13 juillet, grande faiblesse. T. m., 38°. Soir, 38°,3. L'hémiparésie persiste et on doit encore sonder le malade. Les jours suivants, l'état local semble s'améliorer ; la partie inférieure de la grande plaie du cou s'est réunie ; mais l'état général périclite toujours; la température oscille entre 38 et 39°, la vessie fonctionne et l'hémiparésie tend à disparaître.

Le 18 juillet, à 6 heures du soir, il se produisit par la plaie une hémorragie grave; une syncope survint, et le sang s'arrêta spontanément, pour reparaître à onze heures. Le malade était dans un état de faiblesse extrême et l'aide-major de garde put facilement arrêter l'hémorragie par la compression avec un tampon d'ouate trempé dans l'eau fraîche. Le lendemain, temp. 37°,8; le facies est très pâle, les muqueuses décolorées, le pouls petit précipité, la voix très faible. Le malade, très énergique, ne perd pas confiance, boit volontiers le vin de Banyuls, le bouillon; un nouveau suintement de sang réapparaît encore dans la nuit du 20 juillet, et le 21 au matin je trouve la plaie obstruée à sa partie supérieure par des caillots. Profitant de la présence de mes collègues de Santi, Zœller et Dziewouski, réunis pour une autre opération, je résolus d'assurer l'hémostase du bout supérieur, qui pouvait seul donner naissance à ces hémorragies multiples. Après m'être placé dans un jour convenable, j'enlevai peu à peu les caillots et je fus ainsi conduit en suivant le fil à ligature sur le bout périphérique de la carotide primitive. Un jet de sang artériel confirma nos prévisions; M. de Santi maintint son doigt sur l'ouverture du vaisseau et je procédai alors à la ligature des deux carotides qui naissaient à une petite distance. Cette opération, pratiquée au milieu de tissus infiltrés, sphacélés, fut laborieuse. On y parvint cependant, et nous ne fûmes pas peu surpris de voir l'hémorragie continuer en bavant quand le doigt de l'aide fut enlevé; elle provenait de la thyroïdienne supérieure qui naissait au-dessous de la bifurcation de la carotide primitive; on dut également lier ce vaisseau.

On fait ensuite deux injections d'éther au malade très pâle, et qui ne répond plus aux questions qu'on lui adresse, sans avoir perdu connaissance. S., T. 38°,5.

Le 22, T., 38°,6. S., 40°. L'hémiplégie droite est complète, ainsi que la paralysie faciale; aphasie; la déglutition est difficile. Le malade entend et comprend ce qu'on lui dit; il ne voit pas ou très mal de l'œil gauche. Douleurs dans le membre inférieur droit. Rétention d'urine.

L'affaiblissement augmente pendant les jours suivants; la déglutition n'est plus possible que pour les liquides, et encore provoquent-ils des quintes de toux très douloureuses; la fièvre est toujours vive (39 à 40°). L'hémiplégie reste toujours au même point. Ergo a sa connaissance, répond par signes à mes questions, me serre la main et paraît rassuré depuis que l'hémorragie est définitivement arrêtée. —

Le 27 juillet, le fil du bout central tombe spontanément. Néanmoins, il est facile de voir que la circulation cérébrale ne s'est pas rétablie, que la paralysie fait des progrès ; la langue, le pharynx, l'œsophage, sont paralysés, des mucosités fuligineuses recouvrent les muqueuses, et le malade meurt le 28 juillet au matin, 36 jours après l'extirpation, 6 jours après l'hémorragie de la carotide.

Autopsie. — 1° plaie. Les extrémités des artères carotides interne et externe baignent dans un tissu gangreneux; la carotide externe, très petite, est oblitérée par un caillot qui se prolonge jusque dans la temporale. La faciale, la linguale, ont conservé leur perméabilité. Le caillot blanc adhérent aux parois fort épaisses de l'artère n'est pas altéré. La carotide interne a le calibre d'une cubitale; elle est oblitérée par un caillot noir qui se continue jusque dans le crâne, et ensuite dans les principales branches de terminaison cérébrales. — Le nerf hypoglosse qu'on avait en vain cherché lors de la seconde ligature a été sectionné ou détruit, car ses deux extrémités baignent dans l'ichor gangreneux ; 2° ligature du bout cardiaque. Dans toute sa longueur (0m,06), le tronc de la carotide primitive gauche est oblitéré par un caillot brun rougeâtre et adhérent à la partie supérieure, blanc et mobile à la partie inférieure, où il présente une dilatation en forme de pavillon; il se continue dans la crosse de l'aorte avec un caillot fibrineux.

Veines. — Les veines temporales et les branches du tronc thyro-linguo-facial sont thrombosées; il ne reste plus trace de la jugulaire interne, et à la partie inférieure du cou, auprès du confluent de la veine sous-clavière, le bout inférieur de la jugulaire est complètement oblitéré, ses parois soudées en forme de cul-de-sac sans caillot. Cette particularité a été constatée par tous les assistants.

Cerveau. — Congestion moins accentuée à droite qu'à gauche. Thrombose du sinus longitudinal et de la plupart des veines du côté gauche. Tout le territoire irrigué par l'artère sylvienne est complètement ramolli comme de la bouillie de plâtre.

Poumons. — Pas de traces de tubercules. Infarctus occupant tout le poumon gauche; caillot arborescent fibrineux s'étendant à toutes les branches de l'artère pulmonaire. Le foie est légèrement pâle, le sang a une odeur septicémique prononcée et la couleur rouge-groseille caractéristique.

RÉFLEXIONS

1° Un fait de cette nature fait naître dans l'esprit des réflexions multiples. Il prouve tout d'abord que l'extirpation des ganglions tuberculeux n'est pas une opération aussi inoffensive qu'on le croit généralement. Il y a trente ans, M. Hippolyte Larrey écrivait : « Un fait général, un fait surprenant tout d'abord, bien constaté par les chirurgiens qui ont pratiqué l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou, et surtout par les chirurgiens des hôpitaux militaires, c'est le succès habituel, je dirai presque constant des opérations de ce genre. Elles sem-

bleraient véritablement se soustraire aux chances de la plupart des opérations même minimes, et aucune théorie, aucune objection ne saurait détruire la réalité de ce fait. Il m'avait étonné lorsque j'ai vu faire et fait moi-même les premières ablations de ces sortes de tumeurs, il m'a laissé depuis la conviction d'un résultat exceptionnel en chirurgie. » — Malgré les progrès considérables de la chirurgie contemporaine, ces paroles ne sont plus exactes ; l'extirpation des ganglions tuberculeux a été mise en pratique depuis quelques années, sur une vaste échelle, à l'étranger d'abord et ensuite en France. Or, les résultats fournis par les statistiques de Billroth, de Fischer, montrent qu'il faut compter avec les insuccès opératoires. Quelques-uns des 90 opérés de Billroth sont morts ; Kirsch, de Breslau, sur 92 opérations faites par Fischer, compte 16 morts, dont 3 des suites de l'opération. — Sur 11 extirpations, le fait que nous publions est le seul insuccès. — Déjà, en 1832, Roux avait perdu un malade par suite de l'entrée de l'air dans la veine jugulaire interne blessée pendant l'opération. Il faudra donc compter avec les dangers opératoires de l'extirpation.

2° A quoi faut-il attribuer la production de l'hémorragie par ulcération de la carotide primitive? la lecture de l'observation fait pencher pour une hémorragie de nature septicémique. On suit, d'ailleurs, assez facilement la succession des accidents qui ont amené la mort. J'ai pensé qu'on pouvait incriminer le lavage de la plaie avec la solution forte (8 0/0) de chlorure de zinc. Cette solution caustique, vantée en Allemagne, aurait déterminé la thrombose et la phlébite de la veine jugulaire, l'ulcération de ces vaisseaux et la septicémie. La lésion du tronc carotidien dans un foyer de suppuration s'explique dès lors aisément d'après les idées de M. Verneuil. Cette explication plausible est préférable à l'ulcération du vaisseau par le pus tuberculeux, comme dans une observation qui a été communiquée à la Société de chirurgie en 1870, par M. Dauvé. Quoi qu'il en soit de ces interprétations, il me semble prudent de ne pas se servir de la solution caustique au chlorure de zinc dans les opérations qui se pratiquent sur le cou.

3° Une circonstance particulière de cette opération qui présente quelque intérêt est la suppuration du thrombus de la veine jugulaire, l'élimination du foyer intra-veineux suppuré, sans hémorragie et avec oblitération complète de la veine. L'ouverture spontanée des foyers de phlébite est un fait rare.

4° Il est un dernier point sur lequel je me permettrai d'attirer un instant l'attention de votre Société, je veux parler de la conduite à tenir en présence d'une hémorragie secondaire spontanément arrêtée. Guthrie a émis comme préceptes fondamentaux de l'hémostase : 1° qu'il fallait lier les artères dans la plaie ; 2° qu'on ne devait pas toucher aux hémorragies spontanément arrêtées. Il conseille d'appliquer un tourniquet que le malade serrera à volonté en cas de besoin. M. Legouest et d'autres auteurs ont accepté cette manière de voir. Or, ce précepte s'applique-t-il aux hémorragies du cou ? ou bien faut-il le réserver pour les artères des membres ? Au cou, l'application d'un tourniquet ou de toute compression efficace est impossible. C'est pour cette raison

que nous avons cru devoir aller au-devant du danger des hémorragies à répétition en liant les deux carotides. Il y a dans cette conduite pour le malade d'abord, pour le médecin de garde et pour le chirurgien ensuite une sécurité qui suffirait à elle seule à légitimer l'intervention. Nous serions-même disposé à étendre cette règle à toutes les hémorragies primitives ou secondaires, dans la mesure du possible.

Discussion.

M. Després. La société de chirurgie a déjà jugé cette opération et a été d'avis de proscrire les opérations de ce genre ; je ne pense pas que l'observation de M. Vieusse soit de nature à modifier ses sentiments.

Les engorgements ganglionnaires chroniques du cou reconnaissent des causes diverses : une irritation de voisinage, l'éruption de la dent de sagesse, par exemple, etc.

Nous connaissons tous l'influence de la scrofule. La syphilis, surtout chez les malades qui ont eu un chancre buccal ou amygdalien, peut aussi donner lieu à des adénopathies persistantes.

Enfin je signalerai l'adénie et le lymphadénome.

L'ablation des différentes espèces de tumeurs ganglionnaires, de natures très diverses, comme on le voit, est pour moi une mauvaise opération.

Depuis Hippocrate on s'occupe des ganglions strumeux, et on sait que les malades guérissent très bien par un bon traitement général : les bains de mer, l'huile de foie de morue, etc. Je ne parle pas, bien entendu, des engorgements ganglionnaires malins qu'il faut extirper en même temps que le cancer, toutes les fois que la chose sera possible.

Je ferai remarquer, en passant, que, malgré le pansement de Lister, le malade est mort d'infection purulente.

Quant à l'hémorragie, je crois que la septicémie l'a favorisée. Depuis la guerre, M. Verneuil et moi nous avons insisté sur cette influence funeste de la septicémie sur les hémorragies consécutives.

M. Verneuil. Je ferai remarquer, à propos d'une phrase du rapport de M. Chauvel, qu'il y a une distinction à établir entre les succès opératoires et les succès thérapeutiques.

Je n'ai pratiqué que trois fois l'extirpation de ganglions strumeux du cou, c'est dire assez que sur ce point je partage entièrement l'opinion de M. Chauvel, à savoir que ce genre d'opération doit être très restreint. Je m'abstiens surtout de faire l'ablation des

ganglions carotidiens, parce qu'ils sont ordinairement très nombreux et disposés le long de la gaine des gros vaisseaux, se prolongeant quelquefois jusque dans le médiastin. Dans ces cas, je n'interviens que s'il y a des accidents pressants, de la suffocation, une asphyxie imminente, par exemple.

D'un autre côté, les malades ne meurent jamais par le seul fait de l'adénite cervicale chronique ; s'ils succombent, c'est aux progrès d'autres lésions tuberculeuses. Je m'élève énergiquement contre ces grandes opérations radicales, trop à la mode de nos jours,et qu'on ne tardera pas, du reste, je l'espère, à répudier complètement.

Je n'ai pas grande confiance non plus dans le raclage, si en mode maintenant ; je l'ai essayé plusieurs fois sans succès, particulièrement pour des adénites axillaires. Dans des cas analogues, j'ai pratiqué les injections iodées, les cautérisations au fer rouge, et je n'ai rien obtenu non plus de bien brillant. Je voudrais encore qu'on suive les malades ainsi opérés, car le plus souvent les ganglions voisins ne tardent pas à se prendre, et c'est comme si l'on n'avait rien fait.

Quant à l'hémorragie, il y a longtemps que je dis qu'il faut toujours la craindre toutes les fois qu'une artère étant dénudée au fond d'une plaie, le malade est pris de fièvre. — M. Monod, d'ailleurs, insistait dernièrement devant vous, avec beaucoup de raison, sur cette importante question.

M. Richelot. Je m'associe d'une manière générale à l'opinion de MM. Verneuil et Després en ce qui concerne le traitement des ganglions strumeux du cou. Il faut d'abord essayer le traitement général. Mais on ne réussit pas toujours par cette méthode, surtout lorsqu'il s'agit de ces ganglions chroniquement engorgés, durs et nullement suppurés. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale a donné souvent de bons succès. La teinture d'iode, il est vrai, en injections instertitielles peut fournir les mêmes succès, en déterminant une sorte de travail d'atrophie progressive ; j'ai obtenu ainsi des résultats très satisfaisants chez des personnes qui avaient un grand intérêt à ne pas avoir de cicatrices sur la région cervicale.

Pour expliquer la mort chez le malade de M. Poulet, il faudrait, je crois, tenir grand compte de la ligature de la carotide primitive. La lésion cérébrale qui l'a suivie a été peut-être à mon avis pour quelque chose dans la mort de ce malade.

M. Trélat. Ce cas malheureux prête à des considérations multiples ; au point de vue de l'explication de la mort, je suis voisin

de l'opinion de M. Richelot, et je crois que la ligature de la carotide n'a pas été étrangère à cette terminaison.

Je pense que M. Després a eu grand tort en formulant son opinion sur toutes adénopathies cervicales, sans les distinguer les unes des autres.

Ces adénopathies, qui reconnaissent des causes si diverses, une inflammation voisine, la scrofule, la syphilis, l'adénie, etc., sont la source d'indications diverses très distinctes qu'il importe de préciser ; toute la question est là.

C'est ainsi, en ce qui concerne spécialement les adénites strumeuses, que celles-ci peuvent se diviser en deux catégories.

Il y a d'abord le vaste groupe des tumeurs strumeuses multiples, généralement d'origine inflammatoire, qui sont plus ou moins mal limitées, ramollies ou suppurées. Dans ces cas, la seule conduite à tenir consiste à administrer le traitement général et à traiter les abcès au fur et à mesure qu'ils se forment.

Mais en mettant de côté cette vaste catégorie, on se trouve souvent en présence d'adénites strumeuses chroniques, sans phénomènes inflammatoires marqués, persistants, bien limités, ulcérés ou non. L'intervention n'est souvent ici qu'une question de pure esthétique.

Eh bien, dans ces cas, en face d'une tumeur ainsi limitée et accessible, on aura recours, avec succès, soit aux injections interstitielles, soit à l'ablation. J'ai pratiqué cette dernière avec succès une dizaine de fois.

Si l'adénite est strumeuse, elle est souvent très incommode et même dangereuse, en raison des poussées inflammatoires auxquelles elle donne lieu de temps à autre. Dans ces cas, le grattage avec la cuillère tranchante, s'il est fait méthodiquement, et s'il consiste à enlever les parties malades et à transformer les cavernes ganglionnaires en une véritable plaie, en une surface vivante, est une excellente opération. Il m'a été souvent donné d'obtenir des guérisons complètes.

M. Després. Radicales ?

M. Trélat. Guérison opératoire radicale d'une localisation très incommode de la maladie générale, qui ne guérit, pour ainsi dire, jamais. C'est ainsi que, l'année dernière, j'ai opéré un malade auquel j'ai enlevé avec succès un gros paquet ganglionnaire de nature tuberculeuse du creux axillaire.

Ces opérations, je le reconnais, ne sont pas fréquentes, si on met à l'écart toutes les catégories que j'ai signalées en commençant,

M. Verneuil. Je n'ai jamais dit que j'étais absolument hostile à ce genre d'opérations. Ce contre quoi je m'élève surtout, c'est l'abus que l'on en pourrait faire.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 20 février 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la séance précédento est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° Un mémoire du Dr Puky, de Berlin, intitulé : *Traitement des affections de la cavité pleurale par la résection costale ;*

3° Une lettre de M. le Dr Mansel, annonçant à la Société la mort de M. le Dr Houzelot, de Meaux, membre correspondant ;

4° Des lettres de remerciements de MM. les Drs Charvot et Bouley, lauréats de la Société;

5° Un télégramme de M. Robin, de Lyon, annonçant une lettre dans laquelle il répondra à la réclamation faite par M. Reclus, en faveur de M. Collin, dans la dernière séance.

A propos du procès-verbal.

M. Trélat. J'ai cité dans notre dernière séance, à propos du rapport de M. Chauvel sur l'observation de M. Poulet, plusieurs faits de ma pratique. Ces citations étaient faites de mémoire, je les ai vérifiées.

En voici la substance :

Je rappelle d'abord un cas d'abcès froid ganglionnaire du cou,

publié dans nos bulletins (1880, p. 672). Curage, drainage, pansement de Lister. Guérison totale rapide.

Le 29 mai dernier, j'ai opéré un malade dans les conditions suivantes : Homme vigoureux de 39 ans, ayant depuis six mois une tumeur de l'aisselle. Dans les derniers jours, la tumeur était devenue rouge et douloureuse. Je diagnostique : adénite et péri-adénite suppurées. Incision, flot de pus. Un ganglion a été fendu en deux par l'incision. Dans cette partie de la plaie, le doigt constate l'existence d'une masse ganglionnaire volumineuse. Je l'enlève par énucléations successives avec la curette. La masse a le volume du poing. Deux des ganglions étaient caséeux. Drainage, suture. Pansement de Lister. Aucun accident. Trois semaines après, guérison complète.

Quelques jours plus tard, le 7 juin, je faisais une opération du même genre chez un jeune homme de 20 ans. Celui-ci portait dans l'aisselle gauche une tumeur ganglionnaire datant de huit ans. Elle avait suppuré plusieurs fois. On avait fait dans cette tumeur des incisions, des injections modificatrices, de l'ignipuncture; elle avait, à l'entrée du malade, le volume d'une orange; la peau, adhérente, était violacée et portait deux fistules. Deux incisions en croissant pour circonscrire la peau à enlever; dissection puis curage de tous les ganglions. Tubes, suture et pansement. Nul accident. Le 20 juin, la plaie était réduite aux plus petites dimensions, et le malade sortait entièrement guéri le 10 juillet.

J'ai enlevé à diverses reprises par le curage des ganglions du pli de l'aine lorsque la guérison des abcès était tardive et je n'ai jamais eu qu'à me louer de cette conduite. J'ai eu autrefois des malades atteints d'adénite inguinale suppurée dont le guérison se faisait attendre plusieurs mois. Le curage des ganglions est une précieuse ressource pour ces sortes de cas. La guérison est singulièrement activée par cette manœuvre.

Ce serait d'ailleurs une grande erreur de croire que le curage est une opération irrégulière, une sorte de grattage superficiel de certaines surfaces. C'est, ainsi que je l'ai dit il y a huit jours, un procédé d'exérèse très régulier, très puissant et très satisfaisant s'il est bien et judicieusement appliqué.

Il est absolument indiqué chaque fois que des tissus relativement mous sont en contact ou en continuité avec des organes plus fermes et plus résistants. La curette en opère la séparation beaucoup mieux que le bistouri, beaucoup plus précisément que les caustiques de tout genre.

Les abcès froids, les fongosités, les trajets fistuleux, la plupart des tumeurs ganglionnaires et un certain nombre de tumeurs molles et superficielles sont justiciables de ce procédé, qui, à mon

sens, doit être considéré comme une ressource et un perfectionnement opératoire.

On peut sans doute abuser et mésuser de tout et surtout de ce qui a une valeur et une puissance. C'est un motif pour établir les règles de l'usage mais non pour proscrire l'emploi.

Lecture.

M. Pravaz (de Lyon) lit un travail relatif aux déviations rachidiennes.

Du pronostic des déviations de la colonne vertébrale considéré au point de vue de leur curabilité, par M. le Dr Pravaz (de Lyon).

Si l'on consulte soit les traités généraux de chirurgie, soit les traités spéciaux d'orthopédie, on est frappé du peu de renseignements que l'on y rencontre au sujet du pronostic des déviations rachidiennes considéré au point de vue de leur curabitité.

La question offre cependant une réelle importance tant pour le chirurgien que pour les familles et les patients, dont elle intéresse à un haut degré l'avenir physique et social.

Placé dans des conditions qui m'ont permis de voir et surtout de suivre un assez grand nombre de cas, il m'a paru utile de chercher à combler cette lacune, autant qu'il était en mon pouvoir, et d'exposer le résultat des observations que j'ai recueillies à ce sujet.

Les éléments qui influent sur le pronostic sont de deux ordres. Les uns sont généraux et applicables à tous les cas, les autres sont spéciaux et varient suivant chaque cas particulier.

Je m'occupe d'abord des premiers, qui sont relatifs à l'état de la santé générale, au tempérament, à l'âge du sujet et à l'ancienneté de la déformation.

La santé générale du sujet doit entrer en première ligne comme élément de pronostic, car la nutrition est en définitive l'agent fondamental de la reconstitution de la forme, et les moyens orthopédiques proprements dits n'ont une réelle efficacité que s'ils s'exercent sur un *substratum* bien préparé. On peut même affirmer que, toutes choses égales d'ailleurs, les chances de guérison sont intimement liées au degré de vigueur du sujet. De là l'importance de l'entraînement méthodique appliqué au traitement des déviations rachidiennes. Croire en effet que l'application d'un appareil quelconque ou l'emploi d'une gymnastique localisée, quelque bien dirigée qu'elle soit, puisse suffire dans la majorité des cas à obtenir un résultat à la fois satisfaisant et durable, est une grande

illusion, et, dans le traitement d'affections aussi rebelles, il n'est pas trop du concours simultané des moyens thérapeutiques empruntés à la mécanique, à l'hygiène et à la médecine.

Les dyscrasies et, en particulier, la *chlorose*, si fréquente chez les jeunes filles à l'époque de la puberté, rendent surtout le traitement des déviations de l'épine plus long et plus laborieux. D'une part, en effet, la nutrition s'opérant dans des conditions défectueuses, le système osseux ne peut acquérir une résistance suffisante pour maintenir le résultat obtenu par les agents orthopédiques; et, d'autre part, l'altération du sang amène du côté de la circulation des désordres fonctionnels qui rendent plus difficiles et même parfois impossibles les exercices physiques dont l'emploi est indispensable, soit comme moyen d'entraînement, soit comme agent direct de redressement des courbures. Il est donc absolument nécessaire, avant d'entreprendre la cure d'une déviation rachidienne chez des sujets placés dans de telles conditions, de modifier d'abord l'état de la santé générale, sous peine de voir échouer le traitement le mieux dirigé au point de vue de la lésion locale.

En ce qui concerne l'influence des tempéraments sur le pronostic, je signalerai la gravité spéciale des déviations du rachis chez les sujets d'un tempérament sec et nerveux. Ces sujets, par leur *habitus* extérieur, se rapprochent fréquemment des véritables rachitiques, quoique la déformation ait débuté tardivement, et se font remarquer dans beaucoup de cas par la coloration foncée de la peau et du système pileux, qui offre quelquefois un développement assez sensible pour former une sorte de raphé médian le long de la ligne des apophyses épineuses. Dans ces conditions, l'accroissement est généralement lent,borné et difficile à obtenir malgré l'entraînement le plus actif. Les déformations du squelette sont plus profondes, et le système osseux présente une résistance particulière et en quelque sorte éburnée.

Chez les sujets à fibre molle et d'un tempérament lymphatique, on remarque souvent, au contraire, une tendance à un développement rapide qui vient puissamment en aide aux agents thérapeutiques.

D'une manière générale, la restauration de la forme est d'autant plus laborieuse et d'autant plus satisfaisante, que le sujet est moins avancé en âge ; l'affaissement qui existe dans les disques intervertébraux et les vertèbres du côté concave des courbures pouvant être plus facilement réduits par l'impulsion donnée à la nutrition. Chez les jeunes enfants, cependant, le traitement devra être en général plus prolongé que chez les sujets plus âgés ; car, d'une part, à cause de la moindre amplitude des courbures, l'action des appareils trouve moins de prise sur la déformation, et, d'autre

part, on doit, surtout chez les jeunes filles, se mettre en garde contre une rechute possible au moment de la puberté. Les enfants chez lesquels, ainsi qu'il arrive le plus souvent, la déviation du rachis débute vers l'âge de 12 à 14 ans, époque où la menstruation s'établit et où la puberté commence, se trouvent, au contraire, dans les conditions les plus favorables ; car, traversant alors la dernière phase de leur développement, ils n'ont plus à redouter une nouvelle crise qui pourrait compromettre le résultat obtenu par le traitement.

Il est presque superflu de faire ressortir le surcroît de gravité qu'ajoute au pronostic l'ancienneté de la déformation, aussi ne saurais-je trop m'élever contre le préjugé malheureusement si répandu, que les déviations de l'épine disparaissent généralement par les seuls progrès de l'âge. On voit, il est vrai, assez fréquemment des déviations *non permanentes* du rachis (ce que le vulgaire appelle une *mauvaise tenue*) s'effacer après avoir donné quelquefois d'assez vives inquiétudes. Mais on peut avec raison se demander s'il existait dans ces cas favorables une déformation réelle des disques et des corps vertébraux. Dès que cette déformation existe, au contraire, d'une manière manifeste, que les courbures déjà prononcées persistent lorsqu'on place le sujet dans la position horizontale, et que la rotation des vertèbres sur leur axe vertical a amené un commencement de gibbosité, il n'y a pas un instant à perdre ; car, dans la grande majorité des cas, les progrès du mal suivent en quelque sorte une marche fatale.

J'aborderai maintenant l'examen des éléments spéciaux du pronostic des déviations rachidiennes.

Ce sont : la cause et le genre des inflexions pathologiques ; le siège, l'étendue et la forme des courbures et des déformations consécutives du thorax.

Les causes qui produisent les déviations essentielles de la colonne vertébrale peuvent se ramener à trois chefs : affection des organes respiratoires, défaut d'harmonie dans l'action musculaire, altération ou insuffisance de nutrition du système osseux.

Lorsque, à la suite d'une pleurésie, il s'est produit un épanchement entre les deux feuillets de la plèvre, le premier symptôme apparent est la voussure du thorax au niveau de l'épanchement. Tant que le liquide répandu dans la cavité pleurale n'est pas résorbé la voussure persiste ; mais, lorsqu'il vient à disparaître, à la voussure primitive on voit dans quelques cas succéder une dépression correspondante. Ce fait se produit lorsque le poumon du côté malade, comprimé par le liquide, ne reprend pas assez rapidement sa capacité normale. Les côtes n'étant plus soutenues par l'effort qu'exerce normalement le poumon de dedans en dehors

pendant l'inspiration, s'affaissent sous l'action de la pression atmosphérique, tandis que le poumon du côté sain, devant suppléer par un plus grand développement à l'insuffisance de l'hématose, le demi-thorax qui lui correspond augmente de volume par le relèvement et l'écartement des côtes. Le thorax s'incline alors du côté où s'est produit l'épanchement pleurétique, et il résulte de cette inclinaison, à la partie dorsale du rachis, une courbure dont la concavité correspond au côté malade. Si, comme il arrive heureusement le plus souvent, les fonctions du poumon déprimé se rétablissent promptement, la déformation du thorax et la courbure du rachis qui l'accompagne disparaissent sans laisser de traces; mais si le poumon affaissé ne reprend que lentement ou incomplètement ses fonctions, fait qui se présente surtout lorsqu'il existe des adhérences de la plèvre, l'inclinaison du rachis devient permanente, et entraîne, surtout chez les jeunes sujets, une déformation qui peut acquérir rapidement un haut degré de gravité, et que l'art a d'autant plus de difficulté à combattre que la cause primitive persiste, et que l'on a ainsi à lutter non seulement contre l'altération de la forme mais encore contre l'affaissement du poumon qui l'a produite.

Il importe donc, à la suite des épanchements pleurétiques, de chercher à rétablir le plus promptement possible le jeu du poumon comprimé, soit par la gymnastique générale, qui, en nécessitant des inspirations profondes, tend à rendre au poumon son ampleur primitive, soit par les exercices spéciaux de gymnastique pulmonaire préconisés par Schreiber et qui offrent dans ce cas une réelle utilité.

Le défaut d'harmonie dans l'action musculaire comme cause de déviation de l'épine peut être lié soit à des attitudes vicieuses volontaires ou instinctives, soit à une lésion de l'innervation des muscles, que ces derniers soient atteints de contracture ou de paralysie.

Sans vouloir nier que les attitudes vicieuses puissent amener des modifications profondes dans la forme du rachis, je suis disposé à attribuer à cette cause une efficacité beaucoup moins grande que celle qu'on lui accorde généralement; et je crois qu'il est presque nécessaire que, pour produire *seules* la déformation des vertèbres, ces attitudes soient en quelque sorte permanentes, comme il arrive dans l'exercice de certaines professions. Le plus souvent elles ne font, à mon avis, qu'aggraver les courbures produites par une cause plus profonde sur laquelle je reviendrai plus loin, et n'en sont souvent que le résultat.

Deux faits me paraissent venir à l'appui de cette opinion.

En premier lieu, rien n'est plus fréquent chez les enfants que les attitudes, vicieuses qu'un *mauvais maintien*, suivant l'expression

vulgaire ; et cependant, il faut bien reconnaître la rareté relative des déviations du rachis, qui devraient être beaucoup plus communes si cette cause avait la puissance qu'on est tenté de lui accorder.

En second lieu, on voit tous les jours des sujets chez lesquels les conditions de l'équilibre sont profondément modifiées par la brièveté relative d'un des membres inférieurs, à la suite d'une coxalgie, d'une luxation congénitale du fémur, d'une arthrite du genou ou d'une atrophie paralytique ; et néanmoins ce n'est que dans un nombre assez restreint de cas que l'on voit la colonne vertébrale se dévier sous l'action d'une cause en apparence si puissante.

Mais si les attitudes volontaires ou instinctives ne me paraissent avoir qu'une influence médiocre sur la production des déviations du rachis ; il n'en est pas de même du défaut d'harmonie dans l'action musculaire qui résulte d'une contracture ou d'une paralysie. Ici, l'action est continue, et cette continuité devient une cause énergique de déformation. D'abord passagères, les déviations du rachis dues à cette cause ne tendent pas à devenir permanentes par suite de l'inégalité de charge qu'ont presque sans relâche à supporter les deux moitiés antéro-postérieures ou latérales d'une même vertèbre ; et le pronostic, surtout lorsqu'il s'agit d'une parésie des muscles spinaux, nous paraît avoir un haut degré de gravité, car on a dans ce cas à combattre non seulement la modification de la forme mais encore la lésion vitale qui l'a produite.

L'amplitude de la courbure qui paraît unique, quoique en réalité il existe toujours des courbures secondaires de compensation, la facilité de faire disparaître au début la difformité en plaçant le sujet dans la position horizontale, et surtout la diminution de la sensibilité et de la contractilité musculaire sont les signes principaux des courbures dues à la paralysie des muscles spinaux et, la nature de la cause reconnue, il importe d'agir promptement et avec persévérance, car on se trouve ici en face de cas souvent très réfractaires aux ressources de l'art.

Les lésions de nutrition du tissu osseux, lésions qui nous paraissent la cause la plus générale des déviations rachidiennes, se présentent sous deux formes différentes.

La première est le *rachitisme vrai*, affection qui survient dans les deux premières années de la vie, et s'accompagne, en général, de déformations caractéristiques non seulement de l'épine mais des autres parties du squelette.

La seconde, affection mal déterminée dans sa nature intime, liée souvent à des influences de races, et à laquelle quelques auteurs ont donné le nom assez impropre de *rachitisme spinal*, paraît con-

sister dans une simple diminution de la plasticité du rachis, et survient le plus souvent à l'époque de la seconde dentition ou de la puberté, principalement chez les jeunes filles.

Les inflexions dues au rachitisme vrai sont de beaucoup les plus graves, les corps vertébraux ramollis subissant rapidement des déformations souvent considérables. Aussi l'art doit-il se hâter d'intervenir; car, si pendant la période de ramollissement l'emploi judicieux des agents orthopédiques peut avoir une efficacité réelle, pendant la période d'éburnation, au contraire, par suite de la résistance qu'acquiert le tissu osseux, leur action devient très limitée, d'autant plus qu'on peut compter en général sur un mouvement très actif de croissance, les sujets atteints de rachitisme caractérisé restant assez souvent frappés d'une sorte de nanisme.

Il n'en est pas de même dans les déviations qui, ainsi qu'il arrive heureusement pour la plupart, sont dues à un simple défaut de plasticité du rachis. Ici, la croissance n'est pas arrêtée dans sa marche, et, malgré des déformations souvent plus étendues que dans le cas précédent, l'art peut obtenir, dans un grand nombre de cas, des résultats très satisfaisants.

Les déviations du rachis ont été divisées en trois genres, auxquels on a donné les noms assez barbares de *cyphose*, *lordose* et *scoliose*, suivant que le sens de la courbure prédominante est dirigé d'arrière en avant, d'avant en arrière ou latéralement.

Ces trois genres devraient logiquement se réduire à deux : le premier comprenant la cyphose et la lordose, dans lesquels les courbures sont situées dans un plan antéro-postérieur ; le second comprenant la scoliose, dans laquelle les courbures sont situées dans un plan bilatéral ; mais, pour me conformer à l'usage, je ne tiendrai compte que du sens de la courbure prédominante, et j'examinerai successivement les trois genres en quelque sorte classiques.

D'une manière générale, de toutes les courbures pathologiques du rachis, la moins grave est certainement la cyphose. C'est celle qui est la plus facilement attaquable, soit par les moyens mécaniques, soit surtout par la gymnastique, les muscles situés de chaque côté du rachis pouvant être aisément mis en action d'une manière synergique pour renverser le sens de la courbure. Il est néanmoins important de remarquer que, lorsque la courbure est très prononcée, la restauration de la forme peut être difficile à obtenir, la partie de la colonne vertébrale située au-dessus d'une ligne passant sous les aisselles échappant plus ou moins à l'action des moyens mécaniques ; et, d'autre part, la lordose cervicale qui accompagne nécessairement la cyphose n'étant guère attaquable que par les suspensions préconisées jadis par Glisson et par Nuck et rajeunies par Sayre.

La lordose vraie, c'est-à-dire occupant la région dorsale, doit être une déformation assez rare ; car, sur plusieurs centaines de cas de déviations rachidiennes qu'il m'a été donné d'observer, je ne l'ai pas une seule fois rencontrée. Cette rareté s'explique, du reste, par l'imbrication des apophyses épineuses et des lames vertébrales, qui s'oppose à peu près complètement au renversement en arrière de la colonne vertébrale. Je n'ai observé la lordose que comme phénomène symptomatique, soit à la région lombaire chez les sujets atteints de luxation congénitale du fémur et comme conséquence des changements qui s'opèrent alors dans les conditions de l'équilibre, soit à la région cervicale dans les cas de cyphose très prononcée.

Je ne puis donc que m'abstenir d'une appréciation quelconque sur la gravité et la curabilité d'une lésion de la forme que je n'ai jamais observée.

La scoliose est non seulement la plus fréquente de toutes les déviations rachidiennes, mais encore celle qui entraîne les déformations les plus profondes tant dans les disques intervertébraux et les vertèbres que dans la cage thoracique. Aux courbures de la colonne vertébrale dans le plan latéral vient, en effet, s'ajouter un élément beaucoup plus grave ; la rotation des vertèbres sur leur axe vertical, rotation qui est la cause déterminante des gibbosités qui accompagnent toujours la scoliose. On comprend, du reste, facilement que, par suite de la combinaison du mouvement d'inclinaison latérale des vertèbres avec leur mouvement de rotation sur leur axe, il soit difficile, parfois même impossible, dans les cas très graves et lorsque la déviation revêt la forme dite en vilebrequin, de ramener les vertèbres à leur position normale, à cause des surfaces *gauches* que présentent les faces supérieures et inférieures des vertèbres comprises dans les courbures. Je ne saurais donc trop insister sur la nécessité de combattre dès le début la scoliose par un traitement énergique, et surtout régulièrement et méthodiquement suivi, dès que la saillie des côtes en arrière indique un commencement de rotation des vertèbres sur leur axe vertical. Prise à temps, la déformation même très accentuée peut encore disparaître en ne laissant que de légères traces, si le sujet offre les conditions de santé générale sur lesquelles j'ai insisté plus haut.

Au point de vue purement technique, le siège et la forme des courbures et des déformations thoraciques ont une importance capitale, les moyens mécaniques trouvant plus ou moins de prise sur elles, suivant les différents cas qui peuvent se présenter.

Lorsque la courbure prédominante occupe, dans la scoliose, par exemple, la région dorsale, comme c'est, du reste, le cas le plus

fréquent, le pronostic est beaucoup plus favorable que lorsqu'elle siège à la région lombaire. Dans le premier cas, en effet, l'action des appareils s'exerçant sur le rachis, par l'intermédiaire des vraies côtes solidement reliées entre elles par le sternum, et ne formant en quelque sorte qu'un seul système, cette action est beaucoup plus efficace que dans le second, où la courbure ne peut être attaquée que par l'intermédiaire des fausses côtes lâchement unies par les cartilages costaux.

Il faut, en outre, remarquer que, dans les courbures de la partie inférieure de l'épine, le poids supporté par les vertèbres comprises dans l'arc de la part des parties supérieures étant plus considérable, la surcharge qui en résulte oppose un obstacle plus grand au redressement.

La flèche de la courbure, c'est-à-dire la longueur de la perpendiculaire abaissée du sommet de la courbe sur la ligne de gravité, est un élément essentiel à considérer. En effet, plus est grande cette flèche qui représente le bras de levier sur lequel agit le poids des parties supérieures du corps, plus l'effort exercé par ce poids étant puissant la déformation offre de tendance à augmenter, principalement vers le centre de la courbure, et moins les appareils portatifs généralement usités offrent d'efficacité, la majeure partie de leur action étant employée à supporter le poids du tronc et de la tête.

Toutes choses égales d'ailleurs, les courbures à grand rayon présentent des conditions de curabilité plus favorables que celles dont le rayon est plus court. Dans les premières, en effet, la déformation se répartissant sur un plus grand nombre de vertèbres, la hauteur de chacune d'elles est moins diminuée du côté concave de l'arc, et son affaissement peut être plus facilement réparé par l'accroissement du sujet, secondé par un traitement approprié; tandis que, dans les secondes, les vertèbres comprises dans l'arc présentent à un plus haut degré la déformation dite *cunéiforme*. Dans ce dernier cas, il devient plus difficile de remédier à l'asymétrie des deux moitiés latérales ou antéro-postérieures des corps vertébraux.

Quant aux déformations que produit dans la cage thoracique le changement de direction des vertèbres, il est à remarquer que, lorsque la partie moyenne de la gibbosité occupe son lieu d'élection, c'est-à-dire la région de l'épine qui s'étend de la troisième à la cinquième vertèbre dorsale et qui présente chez la plupart des sujets une légère courbure latérale, l'action des agents orthopédiques s'exerce dans les conditions les plus avantageuses.

Dans le cas où la gibbosité siège à un niveau plus élevé, elle n'offre, au contraire, qu'une faible prise aux appareils qui ne peu-

vent l'atteindre qu'à sa partie inférieure, toute la partie située au-dessus d'une ligne horizontale passant sous l'aisselle échappant plus ou moins à leur action.

Enfin, lorsque la gibbosité est située à la région lombaire dorsale, ce qui est relativement assez rare, la mobilité des fausses côtes amortit considérablement l'action des agents redresseurs, et rend le traitement plus long et plus laborieux.

Les gibbosités présentent sous le rapport de la forme qu'elles affectent deux aspects différents.

Tantôt, la courbure des côtes est brusque, et la saillie qu'elles font en arrière est anguleuse et nettement caractérisée.

Tantôt, au contraire, la gibbosité offre la forme d'une voussure à contour plus arrondi.

Dans le premier cas, l'action des appareils s'exerce dans des conditions assez défavorables, la difficulté d'*ouvrir* la courbure étant plus grande, et la surface sur laquelle ils peuvent agir étant très limitée.

Dans le second cas, les moyens mécaniques trouvent un champ d'action plus étendu, et il est ainsi plus facile de produire par l'intermédiaire des côtes solidement liées aux apophyses transverses un mouvement de rotation dirigé en sens inverse du mouvement pathologique, et de modifier la forme des côtes moins profondément altérées.

Si, en terminant ce travail, je recherche maintenant à résumer brièvement les circonstances qui peuvent influer en bien ou en mal sur le pronostic des déviations rachidiennes, je crois pouvoir établir que les conditions défavorables sont le mauvais état de la santé générale, les dyscrasies et, en particulier, la chlorose, un tempérament sec et peu apte à un développement rapide, l'extrême jeunesse ou l'âge trop avancé du sujet, l'ancienneté de la déformation, l'existence, comme cause déterminante, d'une pleurésie antérieure, d'une parésie des muscles spinaux ou du rachitisme vrai, et enfin, au point de vue de l'état local, la situation de la courbure principale à la région cervico-dorsale ou dorso-lombaire, la grande longueur de la flèche, la brièveté du rayon des courbures, et enfin la forme anguleuse de la gibbosité.

Lorsque, au contraire, le sujet jouit d'une santé relativement bonne, que son tempérament, plutôt un peu lymphatique, se prête à un développement rapide et étendu, que le début de la déformation a coïncidé avec l'apparition de la menstruation ou les premiers signes de la puberté, que la cause déterminante consiste dans un simple défaut de plasticité du système osseux, que la courbure prédominante occupe ce qu'on peut appeler son lieu d'élection, que la flèche des courbures offre une faible longueur, tandis que le

rayon en est assez étendu, et enfin que la gibbosité présente un contour plus ou moins arrondi, le pronostic est le plus souvent favorable, et il est possible, dans un grand nombre de cas, d'arriver à une restauration très satisfaisante de la forme.

Reprise de la discussion sur le traitement des adénopathies tuberculeuses.

M. Verneuil. Je serai bref et ne m'occuperai d'ailleurs que des adénopathies tuberculeuses et de certaines tuberculoses locales périphériques.

Dans la dernière séance, j'ai déjà admis l'utilité de l'intervention opératoire en certains cas rares d'engorgement scrofuleux des ganglions du cou et de l'aisselle. Ces jours-ci même, j'ai enlevé de cette dernière région une masse volumineuse formée par la réunion d'une vingtaine au moins de ganglions caséeux dont le volume variait depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'une cerise.

Je crois seulement qu'en pareil cas l'extirpation pure et simple est préférable au curage dont M. Trélat vient de faire si résolument l'éloge. Je me demande même comment on aurait pu évider séparément et successivement chaque ganglion tuberculeux dans cette masse à foyers multiples, et je ferai la même réflexion pour un autre cas analogue que j'ai opéré il y a quelques années. La tumeur se composait d'une trentaine de ganglions, simulant une grappe de raisin ou l'ovaire d'une poule, remplissant tout l'espace compris entre la peau, la clavicule, la paroi thoracique et la face profonde du grand pectoral, et entourant presque de tous côtés l'artère et la veine axillaire, ainsi que le faisceau des nerfs du plexus brachial.

En ce qui concerne le curage ou le raclage appliqué à d'autres foyers tuberculeux (abcès froids, fistules, synovites tendineuses, fongosités articulaires ou péri-articulaires), j'ai le regret de ne point partager, à son endroit, la bonne opinion de mon cher collègue et de plusieurs autres membres de cette Société.

Cette opération, dans le nombre de cas assez restreint, j'en conviens, où je l'ai mis en usage, ne m'a donné que des résultats médiocres. Tout d'abord, on constate une amélioration souvent notable, puis l'état reste stationnaire, il reste une ou plusieurs fistules qui ne se ferment pas, ou encore les cicatrices déjà fermées se rouvrent, surtout si les malades, et c'est le cas pour notre clientèle d'hôpital, sortent et reprennent leur vie de fatigue, de misère, de malpropreté ou d'excès divers.

J'ai raclé plusieurs fois des fongosités des gaines du pied, ou

des abcès ossifluents du tarse, du calcanéum. J'ai presque toujours été obligé d'en arriver à l'amputation de la jambe ; j'ai raclé quelques abcès costaux, j'ai ajouté la cautérisation au curage, cela a diminué la suppuration et presque toutes les fistules, et les malades sortaient de mon service ; mais ils y revenaient le plus souvent au bout de quelques semaines ou de quelques mois, dans un état aussi *mauvais*, sinon *pire*, quand les symptômes de la tuberculisation viscérale apparaissaient.

Les étrangers ne sont probablement pas plus heureux, car je lis dans des comptes rendus de clinique maintes observations de raclages à la suite desquels il a fallu amputer, ou d'amputations qui avaient été précédées de raclage.

Les résections partielles, en cas d'arthropathies tuberculeuses, donnent également de fort médiocres résultats.

Il faut, en toute justice, ajouter que l'opération amène fréquemment une amélioration primitive qui donne le change, aussi faut-il attendre plusieurs mois avant de savoir à quoi s'en tenir.

On m'accuse, je le sais, d'être hostile aux innovations thérapeutiques ; c'est bien à tort. Je lutte seulement de mon mieux contre les illusions décevantes et je ne résiste jamais à la démonstration quand elle est dûment faite.

Ou mon scepticisme, à l'endroit du raclage, est exagéré, ou j'ai raison de réclamer des preuves ; dans tous les cas, il sera bien facile de me convertir si j'ai tort ; en effet, plusieurs de mes collègues, si je ne me trompe, ont pratiqué le curage des foyers tuberculeux sur une large échelle ; je puis citer, sans crainte d'être contredit, MM. Lannelongue, de Saint-Germain, Reclus, Terrier ; qu'ils veulent donc bien nous communiquer les résultats de leur pratique, qu'ils nous montrent des tuberculoses locales, des abcès ossifluents, des synovites tendineuses, en proportion respectable, *complètement guéris* depuis un ou deux semestres, et je deviendrai, je vous le jure, chaud partisan d'une pratique que j'ai accueillie jusqu'ici avec réserve, sinon avec froideur. Vous pouvez être convaincus du désir extrême que j'ai, comme tous les chirurgiens, du reste, de guérir les tuberculoses locales, et croire que je ferai l'accueil chaleureux à un moyen réellement efficace. Mais j'ai passé l'âge des enthousiasmes en thérapeutique, et je veux recommander à mes élèves d'appliquer seulement à nos malades les pratiques véritablement recommandables ; c'est au partisan du raclage à prouver qu'il est de ce nombre.

M. Després. J'ai enlevé trois fois des ganglions malades, une fois c'était par suite d'une erreur de diagnostic. Il s'agissait de tumeurs ganglionnaires multiples de l'aisselle, d'origine stru-

meuse, que je pris pour un lipome ou un sarcome, et que j'enlevai comme telles. La malade guérit, mais elle conserva une sorte d'éléphantiasis de la mamelle, provoquée par l'oblitération des vaisseaux lymphatiques de cette glande, aboutissant aux ganglions malades.

Dans mon second cas, les ganglions étaient engorgés depuis quatorze ans.

Dans le troisième cas, il s'agissait de ganglions parotidiens.

Il va sans dire que j'ai rencontré dans ma pratique un grand nombre d'engorgements analogues, mais que je n'a pas cru devoir enlever. C'est là, en effet, une extrémité à laquelle je ne me résoudrai que tout à fait exceptionnellement, lorsque j'en serai sollicité par le malade, et alors que la maladie sera restée stationnaire, quels que soient les traitements employés. Certaines de ces tumeurs, en effet, résistent à tous les traitements, fût-ce même les injections interstitielles de teinture d'iode, au sujet desquelles je ne professe qu'une confiance médiocre.

Ma conduite sera tout autre, toutes les fois qu'il s'agira d'engorgements récents, jamais je n'y toucherai, parce qu'ils guérissent souvent tout seuls, avec ou sans opération. Ce sont sans doute des cas de ce genre que l'on nous cite comme des exemples de guérison après l'opération. L'abstention, que je préconise en règle générale, est surtout applicable aux ganglions du cou.

De semblables engorgements sont produits par une cause légère, une amygdalite, une dent gâtée, une ulcération du nez, etc., et c'est au bout d'une année ou deux, alors qu'ils sont devenus stationnaires, que les malades demandent l'ablation. Tous les bons chirurgiens que j'ai connus dans ma jeunesse se sont gardés de faire cette opération, et se sont bornés au traitement général, qui suffit le plus souvent à les faire disparaître.

Je me rappelle une jeune fille de dix-huit ans, qui avait eu sept ou huit ganglions engorgés à la suite de l'éruption difficile de la dent de sagesse. Je la traitai par des vésicatoires violents, des applications de teinture d'iode, pointes de feu, huile de foie de morue. Au bout d'une année, ces ganglions ont commencé à diminuer, et à l'heure actuelle ils ont complètement disparu.

Par contre, je me rappelle un malade atteint de ganglions de cette nature, opéré par A. Richard, qui faillit succomber du fait de l'opération, et mourut le lendemain de septicémie; c'est surtout depuis cette époque que j'ai renoncé à ce genre d'opérations. J'ai vu, depuis, un cas semblable opéré par Broca, et il n'a pas été de nature à me faire revenir sur ma décision.

Je ne partage pas l'enthousiasme de M. Trélat pour le curage des ganglions lorsque ceux-ci suppurent. Si je le fais, c'est dans

des cas tout à fait rares et alors que la masse ganglionnaire sphacélée vient se présenter en quelque sorte d'elle-même à la surface de la plaie. L'opération, dans ce cas, est analogue à celle qui consiste à aller chercher un bourbillon dans un furoncle ; il suffit de l'ongle pour l'achever.

M. Richelot. Je ne partage pas le dédain de M. Després pour les injections interstitielles de teinture d'iode appliquées au traitement des ganglions qui ont résisté à toute autre méthode de traitement ; cette méthode, en effet, m'a donné d'excellents résultats. Sur cinq ou six malades que j'ai opérés, j'ai obtenu trois ou quatre succès complets, ce qui est déjà quelque chose, surtout si l'on songe qu'il s'agit généralement de malades pusillanimes qui refusent toute autre opération.

Les ganglions augmentent de volume après les injections, puis ils se ramollissent, sans rougeur, sans adhérence de la peau, et ensuite ils s'atrophient peu à peu.

Il est bien entendu, d'ailleurs, que l'injection interstitielle ne dispense pas du traitement général.

M. Trélat. M. Verneuil nous parlait tout à l'heure d'ostéite tuberculeuse, et il la comparaît aux engorgements ganglionnaires tuberculeux ; je crois qu'il faut faire une distinction entre ces deux cas, d'espèce tout à fait différente, et c'est seulement aux ganglions que je veux faire allusion, lorsque je propose l'extirpation en cas de tumeur circonscrite. Hier encore j'enlevais une tumeur de cette nature placée dans l'aisselle.

Si je conseille l'emploi de la curette en pareille circonstance, c'est que je la considère comme un excellent moyen d'exérèse, bien préférable au bistouri.

M. Verneuil. Ce n'est plus le curage de la tumeur, c'est son extirpation. Le mot de curage prêtant à l'équivoque, serait avantageusement remplacé par celui d'évidement.

M. Trélat. Je suis absolument de votre avis ; comme le grattage doit comprendre toutes les parties malades, cette opération se rapproche beaucoup de l'extirpation. Je ne saurais trop déconseiller, en effet, ces grattages minuscules, qui n'intéressent que la superficie des parties malades, et j'estime que l'on ne doit faire de ces opérations incomplètes, que quand on ne peut faire autrement.

Est-ce à dire que nous devons employer la curette toutes les fois que nous nous trouvons en présence de ganglions engorgés ? Évidemment non. Chacun de nous sait parfaitement que le traitement général est souvent suffisant pour assurer la guérison, et

c'est à lui que nous avons recours, tout d'abord. L'histoire de cette jeune fille, dont vient de nous parler M. Després, est une histoire vulgaire, nous pourrions facilement lui en faire connaître de semblables tirées de notre pratique.

Je pourrais en dire autant de ces adénites inflammatoires que M. Després compare à un furoncle, et qu'il traite comme telles. Sa conduite est la nôtre, et il ne faudrait pas non plus nous représenter comme ayant toujours la curette à la main.

Nous n'intervenons, en définitive, que dans le cas de tumeurs tuberculeuses incurables de leur nature, et qui durent depuis des années. Nous respectons toutes les hypertrophies ganglionnaires simples, beaucoup plus rares qu'on ne le pensait autrefois. Reste, il est vrai, à faire le diagnostic entre ces deux genres d'affection ; or, il faut bien le reconnaître, ce n'est pas toujours là chose facile.

M. Després. Les engorgements ganglionnaires d'origine strumeuse ne sont pas toujours tuberculeux.

M. Trélat. C'est là une grosse erreur. Les neuf dixièmes de ces ganglions sont pas tuberculeux.

M. Després. Si un malade atteint d'engorgement ganglionnaire strumeux se trouve placé dans de mauvaises conditions hygiéniques, il peut devenir tuberculeux, je le veux bien ; mais jusque-là, c'est toujours une simple adénite chronique.

D'ailleurs, la question n'est pas là : il s'agit d'un cas particulier que l'on paraît oublier en ce moment. Il s'agit de savoir s'il est rationnel d'enlever des ganglions du cou, sur un malade comme celui dont M. Poulet nous a envoyé l'observation. M. Verneuil en aurait-il fait l'ablation? M. Trélat en aurait-il pratiqué le curage? Je dis que non, et j'estime que toute la question est là.

M. Trélat. Je ne sais pas ce que j'aurais fait; je ne connais pas assez les détails de l'observation pour me prononcer sur ce point.

M. Després. En somme, c'est surtout là-dessus que la Société doit se prononcer.

Elle doit déclarer si oui ou non l'on est autorisé à enlever, par ablation ou par curage, les ganglions engorgés qui se rencontrent si souvent sur le cou des jeunes gens lymphatiques. Pour mon compte, absolument opposé aux opérations de cette nature, je partage complètement l'avis émis pas notre rapporteur; je vais même plus loin que lui à cet égard.

M. Chauvel. Dans la communication de M. le Dr Poulet, ainsi que

dans mon rapport, les trois questions suivantes ont été soulevées : 1° quelle est la conduite à tenir en face d'une hémorragie secondaire spontanément arrêtée? Avec notre confrère, j'ai conseillé la ligature dans la plaie des deux bouts du vaisseau, et personne ne s'est élevé contre cette pratique ; 2° de quelle nature étaient les hémorragies répétées qui ont amené la mort chez l'opéré? Tout en admettant l'influence incontestable de la septicémie, j'ai soutenu que l'acte opératoire pouvait n'être pas sans influence, que des tractions exercées sur les ganglions pouvaient amener des lésions des parois vasculaires et par suite des ulcérations, des modifications de ces parois. Je crois que le traumatisme n'est pas toujours aussi innocent qu'on l'admet généralement; 3° l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou est-elle dangereuse? J'ai répondu par l'affirmative, et le danger admis, j'ai dû mettre en discussion l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

Incidemment, notre collègue M. Després a condamné les pansements de Lister, et nous a dit que les extirpations des ganglions étaient des cas opératoires qu'on pratique lorsqu'on n'en a pas d'autres à faire. Il me semble que citer les noms de Bégin, Larrey, Baudens, parmi les anciens, ceux de Sedillot, Billroth, Kôcher, parmi les modernes, suffit pour répondre à cette objection.

M. Richelot considère la ligature des carotides comme la cause probable de la mort de l'opéré de M. Poulet. Je n'ai pas voulu discuter cette question. Je suis de l'opinion de notre collègue, mais ayant constaté que l'opération avait été la cause des accidents qui ont emporté le patient, j'ai volontairement laissé de côté le mécanisme intime de la mort.

A M. le professeur Verneuil, je dirai que le mot de *demi-succès* appliqué à l'opération elle-même, et non à ses conséquences thérapeutiques, nous paraît devoir être rejeté de la littérature médicale.

En somme, les points sur lesquels a porté la discussion sont : la gravité de l'extirpation des ganglions et son opportunité. Comme M. Poulet, comme moi, tous nos collègues ont admis les dangers de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou en tant qu'opération. Les statistiques que je vous ai citées ne laissent aucun doute à ce sujet. Mais une opération ne doit pas être rejetée par cela seul qu'elle offre des dangers ; la question est de savoir si ses bienfaits sont en rapport avec sa gravité, et ici nous entrons dans le vif de la question.

Je rappelle que nous ne discutons pas le traitement des adénites cervicales en général, mais uniquement le traitement des adénites que l'on appelait jadis *strumeuses*, *scrofuleuses*, adénites que la

structure histologique, la constance des bacilles et les résultats positifs de l'inoculation font actuellement ranger parmi les tuberculoses locales.

M. Després. Je rejette pareille preuve. Tant que l'expérience n'aura pas été faite sur l'homme, — et nous ne saurions trop nous élever contre le chirurgien qui la ferait, — vos expériences sur les animaux ne sauraient être concluantes.

M. Trélat. Mais on trouve dans le tissu de ces ganglions tous les caractères de la tuberculose.

M. Després. S'il en était ainsi, tous ces ganglions seraient tuberculeux, et comme vous ne pouvez pas les enlever tous, le mieux serait encore de s'abstenir complètement.

M. Chauvel. Nous devons nous demander ce que deviennent ces adénites tuberculeuses abandonnées à elles-mêmes ou sous l'influence de soins convenables.

D'accord en cela avec M. Poulet ainsi qu'avec les membres de la Société, je crois que ces adénites, surtout dans l'adolescence, guérissent le plus souvent sous l'influence de l'air pur, de la vie à la campagne, des bains de mer, du séjour dans un climat sec et chaud. J'ai constaté en Algérie leur excessive rareté. Même à la période de ramollissement, d'élimination, de fistules, d'ulcérations, on constate journellement de semblables guérisons.

A ces conditions hygiéniques, l'huile de morue, l'iode, les bains sulfureux, etc., peuvent apporter un utile secours. M. Richelot a retiré de bons effets des injections interstitielles de teinture d'iode dans des cas déterminés. Je n'ai pas eu son bonheur et j'ai vu les moyens locaux, les pommades, l'iode, les courants continus, rester le plus souvent sans effet.

Il est donc des cas, peu communs, mais non douteux, où ces adénites résistent à l'hygiène, à la médication rationnelle ; où la tumeur s'accroît, se ramollit, devient gênante par son volume, par sa situation, dangereuse même par la compression qu'elle exerce sur les nerfs ou les vaisseaux du cou. Dans ces conditions, M. le professeur Verneuil admet l'intervention si les accidents sont graves et menaçants ; mais le fait est si rare, que dans sa longue carrière il ne l'a rencontré que 5 à 6 fois. Nous sommes loin des centaines d'opérations pratiquées en quelques mois par Fischer, Billroth, Kôcher.

M. le professeur Trélat va plus loin dans la voie de l'intervention, et divise sous ce rapport les adénites tuberculeuses en deux catégories : 1° les tumeurs solides circonscrites, nettement limitées,

déformantes, dont il conseille l'ablation; 2° les tumeurs avec fistules persistantes, ulcérations, décollements multiples, cause de gêne et source des dangers. Ici, le curage, ou mieux l'extirpation avec la curette tranchante lui paraît indiquée; car, *bien faite*, elle transforme en plaie simple une plaie compliquée. L'intervention est alors suivie fort souvent d'une guérison complète. Notre éminent collègue paraît même disposé à ériger en précepte l'extirpation hâtive des ganglions tuberculeux, tout en faisant exception pour les adénites cervicales, en raison des dangers de l'opération.

Messieurs, quand une opération, jadis nôtre, nous revient patronnée par des chirurgiens tels que Billroth, Fischer, Kôcher, nous ne devons la repousser qu'après un sérieux examen. Dans quel but ces chirurgiens, aussi soucieux que nous de la vie de leurs malades, aussi consciencieux, aussi désireux de bien faire, dans quel but pratiquent-ils d'une façon régulière et ont-ils érigé en précepte l'extirpation précoce ou le curage des ganglions tuberculeux ? La réponse est aisée. C'est que pour eux la tuberculisation des ganglions est *une première étape* sur le chemin de la tuberculose générale, sur le chemin de la phtisie pulmonaire. On ne meurt pas de l'adénite tuberculeuse, disait dans la dernière séance M. le professeur Verneuil, on meurt de la phtisie. Mais notre honoré maître ne professe pas, comme les chirurgiens allemands et quelques-uns parmi les nôtres, que la phtisie peut être la suite de l'adénite strumeuse, qu'elle en est souvent la conséquence directe. Ici, comme partout, les croyances doctrinales dirigent la pratique. Et s'il est actuellement une question doctrinale importante en chirurgie tout aussi bien qu'en médecine, c'est celle de l'origine de la tuberculose, de son mode de pénétration et de propagation dans l'organisme humain.

Depuis que mon vénéré maître, M. le professeur Villemin, a démontré l'inoculabilité du tubercule, le transport probable par la voie lymphatique du virus, du germe tuberculeux, la question des tuberculoses locales a changé de face. On a considéré ces foyers de tuberculose comme une menace constante pour l'économie, comme une source redoutable d'infection ; et pour soustraire l'organisme à cette menaçante éventualité, que faire, sinon d'enlever ou de détruire ces réceptacles de germes, de les supprimer au plus vite. De là le précepte formel de l'extirpation précoce.

Avant d'arriver à cette conclusion, avant d'accepter cette pratique, bien des questions, me paraît-il, sont encore à résoudre. En ce qui concerne spécialement les adénites tuberculeuses, il faudrait démontrer : 1° que le germe tuberculeux arrêté, fixé dans les ganglions, peut en sortir pour se répandre dans l'économie pour amener une infection générale. Il faudrait prouver, faits en main,

que l'adénite strumeuse précède la phtisie, qu'elle conduit à la tuberculose générale; 2° que l'adénite tuberculeuse n'est pas, comme l'adénopathie syphilitique, par exemple, un signe de l'empoisonnement de l'organisme, une simple manifestation locale de l'infection générale, car l'extirpation du foyer local cesserait d'être rationnelle.

Et même, ces points bien établis, il resterait encore à prouver, pour ériger en précepte l'extirpation précise: 1° que l'extirpation ou la destruction *complète* du foyer tuberculeux est chose possible, car autrement l'opération est inutile, si elle n'est pas nuisible. Or, dans le travail de Riedel, je relève 6 récidives sur 57 opérations; dans la statistique de Fischer, 22 récidives sur 95 cas; et dans la statistique de Kôcher, 19 récidives sur 40 extirpations de ganglions tuberculeux. Ne sommes-nous pas en droit de penser que ces récidives sont dues à des opérations incomplètes? 2° que l'extirpation met, au moins habituellement, le patient à l'abri des atteintes du développement ultérieur de la phtisie pulmonaire. Ici, encore, les faits vont nous répondre. J'y vois que 13 des 92 opérés de Fischer sont morts de phtisie; que 2 des 17 malades de Riedel ont succombé à la même affection; enfin, que Kôcher, moins heureux encore, a perdu 11 opérés sur 40, par tuberculose pulmonaire, dans les quatre ou cinq années qui ont suivi l'intervention. A ces 11 décès, il faudrait ajouter 2 opérés morts de phtisie dans les 3 premiers mois.

Pour moi, tout en rendant justice aux recherches poursuivies de tous les côtés sur l'origine, la marche, le mode de propagation de la tuberculose, je pense que les rapports de *causalité* entre les adénites tuberculoses et la phtisie pulmonaire ou la tuberculose générale, ne sont pas encore assez nettement *déterminées* pour nous faire accepter la thérapeutique radicale qu'on semble admettre à l'étranger. Je repousse l'extirpation précoce des ganglions tuberculeux au cou, comme inutile le plus souvent et quelquefois nuisible. Je n'admets l'intervention chirurgicale que dans les cas où elle est rendue nécessaire par des accidents locaux graves, car je la crois dangereuse. De plus, comme l'opération est souvent et forcément incomplète, je me demande si elle n'est pas susceptible dans certains cas de provoquer l'infection générale qu'elle avait pour but de prévenir.

M. Le Fort. Je m'associe pleinement aux paroles de M. Chauvel : ces ganglions strumeux que l'on observe souvent chez les jeunes militaires, et qui paraissent provoqués par le frottement du col d'uniforme, doivent être respectés lorsqu'ils ne suppurent pas. Les extirper, alors que l'on sait qu'ils disparaissent tout seuls sous

l'influence d'une hygiène convenable, c'est faire courir inutilement un danger sérieux au malade.

M. Trélat. Les conclusions de M. Chauvel me paraissent excessives, ce qui ne veut pas dire que je ne les trouve pas justes, surtout lorsqu'il s'agit des ganglions du cou. Mes remarques, en effet, s'appliquaient surtout aux engorgements axillaires, dont l'ablation est beaucoup moins dangereuse.

M. Chauvel vient de soulever devant nous la question de l'influence des ganglions strumeux sur le développement de la phtisie. C'est là, ainsi qu'il le reconnaît lui-même, un point de pathologie encore fort obscur et qui doit être réservé.

J'ai, pour ma part, observé deux faits relatifs à cette question. Deux fois, j'ai vu des malades, c'étaient des femmes, présenter des tumeurs ganglionnaires de l'aisselle qu'on ne pouvait rapporter à aucune cause : lésions de voisinage, syphilis, leucocythémie, et qui, au bout d'un certain temps, six mois, un an, ont été atteintes de tuberculose pulmonaire. Elles avaient donc présenté une première localisation tuberculeuse dans les ganglions et une seconde localisation dans le poumon.

Présentation de pièces.

M. Tillaux présente une pièce pathologique qui lui a été envoyée par un médecin de la Bretagne, le Dr Legarec, de Plouay (Morbihan) ; c'est une tumeur du testicule (encéphaloïde) d'une grosseur énorme ; elle pèse plus de 4 kilogrammes, et M. Tillaux déclare qu'il n'en a jamais vu de pareille comme volume.

M. Tillaux présente aussi une seconde pièce pathologique provenant d'une jeune femme morte d'une arthrite aiguë de la hanche droite quinze jours après l'accouchement. On y constate les lésions de l'arthrite coxo-fémorale au début ; les surfaces diarthrodiales sont gondolées, en voie d'ulcération, et il y a un commencement d'ostéité des régions osseuses avoisinantes.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 27 février 1884.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.*
2° Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie.

Rapport.

M. Ch. MONOD lit un rapport sur un travail de M. Henriet, intitulé :

Des applications de la lithotritie au traitement des corps étrangers de la vessie chez l'homme, par M. le Dr HENRIET.

J'ai été chargé de vous rendre compte, au nom d'une commission composée de MM. Berger, Terrillon et Monod, rapporteur, d'un travail de M. le Dr Henriet sur les *applications de la lithotritie au traitement des corps étrangers de la vessie chez l'homme.*

Après avoir fait la critique des instruments nombreux et divers inventés pour l'extraction par les voies naturelles des corps étrangers de la vessie, qui ont à ses yeux le grave défaut d'être le plus souvent inefficaces, M. Henriet fait remarquer qu'on a trop négligé, en pareil cas, l'emploi du lithotriteur ordinaire. Quelques chirurgiens y ont bien eu recours, mais ils ne s'en sont servi que comme d'un instrument de préhension, et non avec l'intention formelle de briser et de broyer soit le corps lui-même, soit les concrétions calcaires déposées à sa surface.

Dans le fait qu'il nous rapporte, M. Henriet est parvenu, à l'aide du brise-pierre, à débarrasser un corps étranger d'une enveloppe solide qui augmentait singulièrement son volume. Il en favorisa ainsi l'expulsion spontanée, qui se fit au moment où, lassé

d'efforts qui n'aboutissaient pas à son gré, il songeait à procéder à la taille.

Il s'agissait d'une petite barre en acier longue de 4 centimètres, épaisse de 4 millimètres, mais qui, dans la vessie, encore revêtue de sa coque phosphatique, avait donné la sensation d'un corps ayant environ 2 centimètres et demi de diamètre.

M. Henriet rapproche de son observation deux faits qui lui ont été communiqués par M. Guyon.

Dans ces cas, le corps étranger lui-même (sonde ou bougie) est divisé par le lithotriteur; mais, comme chez le malade de M. Henriet, un assez long fragment est spontanément expulsé à la suite de séances répétées qui n'avaient pas complètement débarrassé le malade.

Il en fut à peu près de même dans les observations de Birkett [1] et de Chaumet [2]. A l'aide du brise-pierre on réduisit le corps étranger (bougie, pampre de vigne) en fragments qui furent ensuite extraits ou rendus spontanément.

M. Henriet nous rappelle enfin que notre collègue M. Després a réussi, chez un homme de 70 ans, à briser et à extraire, en six séances, un calcul phosphatique ayant pour centre un bout de sonde en gomme de 8 centimètres, laissé dans la vessie cinq mois auparavant.

Ces faits portent avec eux un double enseignement. Ils nous rappellent tout d'abord que la méthode dite de fragmentation des corps étrangers de la vessie est, dans certains cas, d'un emploi utile, et que l'on peut, pour la mettre à exécution, avoir recours au lithotriteur ordinaire. Elle est applicable aux corps étrangers fins, souples, malléables, tels que bougies, sondes, tiges de végétaux, etc., quelle que soit leur longueur, alors même qu'ils seraient incrustés de sels calcaires. Le brise-pierre, broyant le corps étranger et son enveloppe adventice, le réduit en fragments qui sortent d'eux-mêmes ou sont plus ou moins facilement extraits.

Mais si le corps étranger est à la fois dur et long, s'il s'agit par exemple d'une tige de bois ou de métal excédant 5 à 6 centimètres, la fragmentation, qui ne peut alors être opérée qu'à l'aide des instruments puissants inventés par Civiale, Leroy d'Etiolles, Caudmont, devient une méthode dangereuse, car elle laisse dans la vessie des débris durs, plus ou moins difformes ou acérés, dont

[1] BIRKETT, in Holmes, A System of Surgery, 2e édit., 1870, t. II, p. 724.

[2] CHAUMET, cité par *Denucé* (mém. cité plus loin, p. 17) d'après *Chaumet*. Revue ou aperçu statistique des principaux faits de lithotripsie observés dans le service de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

l'expulsion spontanée n'est guère possible, et qui ne peuvent être extraits sans compromettre l'intégrité des voies à parcourir.

A fortiori, et pour les mêmes raisons, en est-il de même pour les corps étrangers fragiles et cassants, tels que les tubes de verre ou de porcelaine. Il faut, en pareil cas, par-dessus tout éviter la fragmentation. — On connaît l'histoire de ce malade chez lequel Civiale tenta d'extraire un tube de verre de 8 centimètres de long. Le tube se brisa, un fragment de 3 centimètres fut retiré, mais l'on dut ensuite faire l'extraction successive de 16 débris.

En dehors de ces cas, l'emploi du lithotriteur, soit comme agent de préhension, soit comme agent de division du corps étranger, peut assurément être recommandé.

L'observation personnelle de M. Henriet nous montre que le même instrument peut encore être utilisé pour les corps étrangers de la vessie comme agent de broiement. Certains corps de petites dimensions, facilement introduits dans l'urètre, s'entourent d'une coque calcaire, après un séjour plus ou moins prolongé dans la vessie, et peuvent acquérir ainsi un volume qui leur interdit le retour. Suivant l'heureuse comparaison de notre confrère, comme la belette de la fable, ils sont prisonniers dans leur nouvelle demeure.

On comprend donc qu'il puisse suffire de les débarrasser de leur enveloppe pour que leur extraction ou même leur expulsion spontanée devienne possible.

Cette heureuse terminaison est survenue, nous l'avons vu, chez le malade de M. Henriet, après qu'il eut broyé les couches phosphatiques déposées à la surface du corps étranger.

Est-ce à dire que le lithotriteur devra être désormais le seul instrument utilisé dans le traitement des corps étrangers de la vessie, soit comme agent de préhension et d'extraction, soit comme agent de broiement?

Ce serait assurément aller trop loin ; et sans revenir sur les raisons qui peuvent, dans certains cas, comme nous le disions tout à l'heure, s'imposer aux manœuvres de division et de broiement, il nous paraît évident que, même pour saisir les corps étrangers et les amener au dehors, le brise-pierre n'est pas toujours l'instrument de choix.

Il importe à cet égard de distinguer absolument les faits dans lesquels l'on est appelé auprès du malade à une époque voisine de l'accident, de ceux où un temps plus ou moins long s'est écoulé depuis l'introduction du corps.

Dans le premier cas, les divers instruments inventés pour la recherche et l'extraction des corps étrangers de la vessie (duplicateurs, basculeurs, redresseurs, etc.) ont pu et peuvent encore rendre de grands services.

Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter à la statistique dressée par Denucé [1] dans son travail bien connu. Avant 1830, c'est-à-dire à l'époque où la taille était, en cas de corps étranger de la vessie, de pratique habituelle, elle fut faite 100 fois sur 127 cas ; 27 fois seulement l'extraction eut lieu par les voies naturelles. Depuis 1830, c'est-à-dire depuis l'invention des instruments ingénieux de Civiale, de Leroy d'Etiolles, de Ségalas, d'Heurteloup, etc., la proportion est devenue absolument inverse. Pour un chiffre à peu près égal d'observations, on ne compte que 21 tailles et 101 extractions.

Le lithotriteur, en cas de corps étranger récent, ne peut être qu'un agent de préhension. Il n'est pas contestable qu'il ne puisse souvent être utilement remplacé par les instruments du même genre, mais plus petits, et de forme spéciale, qui ont été construits à cet effet.

Si, au contraire, le corps étranger est depuis longtemps inclus dans la vessie, s'il a eu le temps, par conséquent, de se recouvrir de sels calcaires, le lithotriteur reprend évidemment tous ses avantages. Il rendra service non seulement lorsque le corps étranger est mou et flexible et qu'il peut être broyé en même temps que son enveloppe phosphatique, mais aussi lorsqu'il ne s'agit que de le débarrasser de ses incrustations, de façon à n'avoir affaire qu'à lui seul.

Lorsque cette manœuvre préalable aura été accomplie, et que l'issue spontanée ou l'extraction n'en sera pas moins reconnue impossible, alors, mais alors seulement, on se résignera à pratiquer la taille.

C'est là le point principal de la communication de M. Henriet, celui qui en fait l'originalité. Nous devons lui savoir gré de l'avoir mis en relief.

J'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son mémoire dans nos archives.

Les conclusions du rapport de M. Monod, sont adoptées.

Communication.

M. Lannelongue fait une communication orale sur une *variété rare de malformation congénitale de la région ano-rectale* (valvule intestinale).

[1] Denucé, Mémoire sur les corps étrangers introduits dans la vessie. — Bordeaux, 1856, p. 60.

Note sur les cloisons congénitales du rectum; indications chirurgicales qui peuvent en être la conséquence, par M. LANNELONGUE.

Messieurs, par deux fois à quelques années d'intervalle, je me suis trouvé en présence de faits dont l'importance m'a paru devoir vous intéresser. Le premier exemple qui s'offrit à mon observation m'avait mis en éveil sur l'existence des cloisons complètes du rectum dans un siège où on ne les rencontre pas d'habitude; mais je n'en avais pas la preuve que je possède aujourd'hui et que je mets sous les yeux de la société. Aussi avais-je différé la publication de ma première observation, qui, cependant, avait un intérêt chirurgical particulier; on en lira le récit plus loin. Je me borne pour l'instant à vous dire qu'après avoir opéré, par la méthode de Littre, un nouveau-né dont le rectum ne communiquait pas avec l'anus, il me fut possible au bout de vingt jours de conduire une sonde par l'anus artificiel dans le bout intérieur de l'intestin jusqu'au niveau de l'obstacle inférieur; j'incisai cet obstacle et je rétablis de la sorte le canal intestinal.

Le second fait est démonstratif; l'examen des pièces anatomiques que je soumets à votre appréciation permet de reconnaître l'existence de deux cloisons ou valvules complètes dans la dernière partie du gros intestin. La première de ces cloisons est située à trois contimètres et demi au-dessus de l'anus bien conformé; la seconde cloison est à onze centimètres de la même ouverture anale; entre les deux existe un intestin normal dont le calibre est seulement plus petit parce qu'il n'a pas été distendu par le méconium. L'attention doit encore s'arrêter sur le peu d'épaisseur de ces diaphragmes qui paraissent formés par la muqueuse de l'intestin seulement, peut-être même amincie; cela explique comment, chez un de mes plus anciens opérés, je pus, à un moment donné, rompre sans effort ce diaphragme et franchir ainsi l'obstacle qu'il offrait à la sonde; cette rupture eut pour conséquence le rétablissement du cours des matières par l'anus normal. La portée de ce résultat ne saurait être méconnue; elle conduit, à mon sens, à formuler une indication nouvelle en pareil cas. Lorsqu'on a été assez heureux pour obtenir la guérison d'un nouveau-né par la méthode de Littre, ou par la création d'un anus artificiel, l'espoir de rétablir le cours des matières par l'anus normal ne doit pas être perdu dans tous les cas. On est autorisé à explorer le bout inférieur de l'intestin; plusieurs circonstances peuvent alors apparaître. La sonde parcourant le rectum arrive librement jusqu'au périnée, à quelques centimètres de l'anus, trois ou quatre en moyenne; on sent alors que la portion anale du rectum n'est séparée du reste de l'intestin que

par une faible épaisseur de tissus, quelquefois même par une simple cloison. L'indication nous paraît formelle dans ce cas : on doit rétablir le cours des matières en incisant l'obstacle. Dans quelques autres faits, la sonde est arrêtée non loin de l'S iliaque, non loin de l'anus contre nature ; l'intestin se termine-t-il à ce niveau ou bien n'existe-t-il qu'une simple cloison comme le montre la pièce actuelle? la chose est certainement mal aisée à savoir au lit du petit malade. Néanmoins on peut sans danger, je crois, exercer de faibles pressions, et si on sent qu'il n'existe là qu'une médiocre résistance, on peut encore chercher à franchir l'obstacle, c'est ce qui a eu lieu sans que j'en sois responsable, en quelque sorte, chez l'un de mes deux sujets. L'obstacle franchi, on arrive comme précédemment non loin de l'infundibulum anal et on se comportera comme je l'ai dit plus haut.

Mais si l'histoire clinique et anatomique des deux petits malades que j'ai observés m'autorise à conseiller cette pratique, je me hâte de rappeler que de nombreux exemples, les plus nombreux incontestablement, ne permettront pas au chirurgien d'aller au delà de la première tentative qu'il a faite, c'est-à-dire au delà de la création de l'anus artificiel. Tous les cas où l'intestin se termine par un cordon plein, tous ceux où ce conduit s'abouche d'une façon anormale et insuffisante dans la vessie, le vagin, etc., ceux en même temps où l'anus fait défaut ou est très défectueusement et d'habitude incomplètement formé, tous ces cas, dis-je, ne sont pas justifiables de l'intervention que je propose. Pour que la pratique précédente puisse être suivie, il va de soi que l'anus artificiel doit être pratiqué sur l'S iliaque du côlon ; sans cela le cathétérisme du bout inférieur serait à peu près impossible, et je crois que dorénavant ce cathétérisme devra toujours être pratiqué, pour qu'on soit définitivement renseigné sur l'état du bout inférieur de l'intestin. Lui seul pourra fournir les données nécessaires au rétablissement de l'anus normal.

Observation I. — *Microcéphalie et hydrocéphalie. — Cloisons complètes du rectum.*

Le 11 janvier 1884 on nous amène à l'hôpital un nouveau-né âgé de 5 jours. Avant de procéder à son examen voici quels sont les renseignements héréditaires qu'on recueille. Le père a 22 ans, il est petit de taille et d'apparence chétive ; il prétend n'avoir pas eu la syphilis, et il jouit d'une bonne santé ; il a un père et une sœur en bonne santé; son père à lui était rachitique. La mère de l'enfant a 18 ans; elle est maladive et elle a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans. Une sœur de la mère, nous dit-on, aurait eu une inversion des viscères, le cœur

était à droite et elle avait eu même temps deux phalanges en moins aux doigts de la main droite.

Nouveau-né. — Il est très vivace; pourtant il n'a pas eu de garde-robes depuis sa naissance, de plus il est microcéphale. La description du crâne sera faite à propos de l'*autopsie* et nous abordons de suite les troubles fonctionnels qu'il présente. Cet enfant n'a pas eu de garde-robes depuis cinq jours; les deux premiers jours il a vomi du méconium; depuis lors les vomissements ont cessé, mais l'enfant n'accepte qu'avec beaucoup de difficultés un peu de lait et de l'eau sucrée.

L'examen de la région anale montre que l'anus est bien conformé et que la portion anale du rectum a 3 centimètres passés de longueur. J'ai pu y introduire le doigt, quoique avec une certaine peine, mais en laissant le doigt dans le fond de l'infundibulum je n'ai senti aucune impulsion malgré les efforts et les cris de l'enfant.

On serait donc autorisé à admettre dans une certaine mesure que la portion terminale du rectum fait défaut. Néanmoins l'écartement des ischions est normal.

L'examen du ventre ne revèle pas de développement de la portion médiane correspondant aux circonvolutions de l'intestin grêle. L'on ne voit pas de développement transversal ni latéral correspondant au gros intestin. Les voies urinaires sont bien conformées et la secrétion urinaire se fait bien.

Enfin cet enfant présente à chaque pied une défectuosité du cinquième orteil; celui-ci vient se placer sous le quatrième, au lieu d'occuper la même ligne que les autres orteils. Ces cinquièmes orteils sont cependant complets et présentent trois phalanges et un métatarsien. Les membres sont ceux d'un enfant rachitique; les tibias sont légèrement incurvés. L'enfant est chétif et a beaucoup diminué depuis la naissance; néanmoins il est très vivace et l'indication d'une intervention s'impose. On fait un anus par la méthode de Littre.

Une incision est faite avec le bistouri, dans la région de la fosse iliaque gauche; la peau et les couches musculaires sous-jacentes étant coupées on tombe sur l'intestin grêle, qui est vide et qui sort à travers l'ouverture pratiquée aux téguments; on le refoule et on atteint le gros intestin que l'on saisit et que l'on fixe à chacune des lèvres de la plaie par de nombreux points de suture. On l'incise et c'est à peine s'il sort quelques matières. Un pansement à l'acide borique est appliqué.

Les jours suivants on refait chaque matin le pansement. L'enfant se nourrit à peine : il prend un peu de lait qu'on lui donne avec une cuiller, et par son anus artificiel il laisse échapper quelques matières fécales. Mais il s'affaiblit de plus, en plus et le 16 janvier il succombe à 4 heures du matin. Il avait 10 jours.

17 janvier. Examen cadavérique.

1° Ouverture de la cavité abdominale.

Le péritoine offre des traces évidentes de péritonite, les anses intestinales adhèrent par quelques fausses membranes, et il existe une rougeur manifeste sur ces anses.

Il n'y a pas d'épanchement de matières fécales dans la cavité abdominale.

L'anus contre nature a porté sur l'S iliaque, les bords de cet anus offrent des adhérences avec la paroi abdominale. Immédiatement au-dessous de cet anus, l'S iliaque poursuit son trajet jusqu'au niveau de la symphyse sacro-iliaque ; à ce niveau cette partie de l'intestin se renfle, et il lui succède brusquement un rectum arrondi cylindrique n'ayant pas plus que les dimensions d'un manche de porte-plume ordinaire. Le rectum suit son trajet ordinaire dans la concavité du sacrum sans augmenter de volume, et arrivé vers la pointe du coccyx il se continue avec la portion anale de l'intestin. Cette dernière portion a environ 3 centimètres de long; elle offre un calibre supérieur à celui du rectum. Ainsi le rectum présente entre l'S iliaque et la portion anale un rétrécissement tel que, si on l'aplatit, son calibre est inférieur à 1 centimètre : de plus il présente la forme d'un cordon qu'on dirait plein.

Cette conformation engage à chercher quelle est la conformation intérieure de l'intestin. En ouvrant l'S iliaque au-dessus du rectum, jusque dans la partie dilatée, on est frappé par ce fait qu'au niveau du point où le rectum lui succède la cavité est imperméable. En un mot, l'S iliaque se termine en cul-de-sac, et c'est de ce cul-de-sac que part le cordon rectal sans communiquer avec lui; de même en bas, la portion anale de l'intestin est séparée du rectum par une cloison complète que nous n'avons pas franchi pendant la vie, ni avec un stylet, ni avec une sonde de femme en faisant des manœuvres réitérées.

Après la mort, nous avons vainement injecté du liquide, sans pouvoir franchir la cloison inférieure; c'est alors que nous avons rompu cette valvule avec un stylet, et nous avons pu faire pénétrer le stylet dans tout le rectum jusqu'au niveau de l'ampoule de l'S iliaque ; là le stylet soulève une membrane muqueuse mince qui forme un plan horizontal et convexe du côté de l'S iliaque, sans présenter aucun orifice. Pour plus de précision, nous avons fait une injection par l'anus, et le liquide a soulevé également cette valvule sans pénétrer dans l'S iliaque. Il existait donc dans cette partie de l'intestin deux cloisons formant des diaphragmes pleins et complets : l'une placée entre l'S iliaque et le rectum, l'autre entre la portion anale et la portion pelvienne de cet intestin. La première cloison est placée à 3 cent. 1/2 de l'anus; la seconde, à 11 centimètres du même anus, ou à 7 cent. 1/2 de la première. Entre ces deux cloisons l'intestin n'ayant pu être dilaté par le méconium offre la forme cylindrique d'un cordon plein en apparence, mais en réalité présentant un canal tapissé par une muqueuse. Cet état explique bien pourquoi, pendant la vie, en mettant le doigt dans la portion anale on ne pouvait pas sentir d'impulsion puisque le méconium n'arrivait pas jusque-là.

1° *Examen histologique de la paroi d'intestin comprise entre les deux cloisons.*

Il était important de savoir si l'on était en présence d'un intestin

comme cela en avait toutes les apparences, et de savoir s'il n'était pas altéré; pour cela, on a durci une petite portion de cette paroi dans l'alcool absolu. Des coupes ont été pratiquées perpendiculairement à la surface de cette membrane de façon à comprendre toutes ses parties constituantes. Elles ont été colorées par le picro-carminate d'ammoniaque. L'examen à un faible grossissement permet de reconnaître plusieurs couches :

1° Une couche formée de fibres conjonctives avec des cellules de tissu conjonctif peu abondantes ;

2° Une couche formée de fibres musculaires lisses stratifiées et disposées sur deux plans réciproquement perpendiculaires ;

3° Une couche formée de tissu conjonctif lâche;

4° Une couche composée de culs-de-sac glandulaires en tube en tout comparables aux glandes de l'intestin, et doublée à sa base de fibres musculaires lisses; l'épithélium est en partie tombé par le fait des canules et des explorations réitérées, après la mort.

Entre ces couches existent quelques vaisseaux, artérioles et veinules.

Un grossissement considérable permet d'étudier les détails de chacune de ces couches. Il est facile de reconnaître que les cellules endothéliales de la surface péritonéale sont tombées et que la séreuse n'est plus représentée que par sa trame conjonctive. Quant aux autres couches elles ne présentent rien de particulier à noter.

Cet examen permet d'être absolument affirmatif sur la nature de cette membrane. C'est de l'intestin avec son péritoine, ses deux couches musculaires, sa couche celluleuse et enfin sa muqueuse.

2° *Examen du crâne.* — La peau du crâne est recouverte de cheveux extrêmement abondants et noirs qui ont 2 à 3 centimètres de longueur en moyenne.

Je remarque qu'à l'incision de la peau et au décollement du cuir chevelu la peau est congestionnée; elle offre même en certains points comme des étoiles vasculaires; de plus, la surface du péricrâne et des os est très rouge.

Je n'hésite pas à voir une corrélation entre le développement du système circulatoire osseux et cutané et cette production abondante de poils : il y a eu là une nutrition exagérée en vertu de laquelle le système pileux est devenu plus abondant. A la voûte du crâne, on remarque l'ossification des fontanelles et de toutes les soudures des os du crâne, et en outre une épaisseur plus considérable des os; les lignes de soudure sont infiniment plus épaisses et de plus il y a un chevauchement de certains os les uns sur les autres, en particulier du pariétal gauche sous le pariétal droit, de sorte que le pariétal gauche fait dans l'intérieur du crâne un relief saillant à gauche de la ligne médiane, le pariétal droit faisant sur la ligne médiane en dehors du crâne un relief identique. Il existe aussi une imbrication du pariétal sur le temporal et sur l'occipital. Il résulte de cela un aplatissement latéral du crâne excessivement remarquable qui lui donne la forme d'un bateau : c'est le crâne scaphoïdien. Mais l'aplatissement n'est que latéral; le crâne

se termine en pointe en avant, et l'occipital a pris une direction verticale.

Cavité du crâne. — Quand on ouvre le crâne, il s'écoule tout de suite un liquide très abondant et séreux; ce liquide occupe sinon la cavité de l'arachnoïde, du moins les mailles de la pie-mère ; il y a en effet quelque chose de frappant tout d'abord dans les membranes ; la dure-mère est épaissie, la pie-mère également et l'arachnoïde viscérale adhère à cette dernière au point qu'on ne peut les séparer. Ce feuillet est infiltré d'une matière jaunâtre par endroits.

Cerveau. — Chaque hémisphère cérébral se présente sous la forme d'une poche kystique remplie de liquide et n'occupant qu'une partie de la cavité cranienne.

Les hémisphères cérébraux sont bien séparés l'un de l'autre et le corps calleux est réduit à une mince lamelle ; quand on le soulève, on voit en arrière l'orifice de la grande fente de Bichat très dilaté, pouvant laisser passer un gros porte-plume; par là s'écoule le liquide contenu dans les ventricules.

Sur toute la surface convexe des hémisphères il est impossible de trouver de trace de circonvolution ; ce n'est qu'en avant sur le lobe frontal qu'on aperçoit là, d'un côté comme de l'autre, une ou deux circonvolutions rudimentaires à peine séparées par des sillons. Partout ailleurs la surface convexe des hémisphères est plane et lisse; pourtant le lobe cérébral contenu dans la fosse moyenne présente quelques circonvolutions d'une apparence plus normale. Quand on ouvre un des hémisphères, on le trouve transformé en kyste et l'on reconnaît que l'épaisseur de la substance de l'écorce n'a pas plus de 1/2 millimètre; dans les 3/4 postérieurs de l'hémisphère on tombe dans une immense cavité correspondant au ventricule latéral ; cette cavité communique en avant, par un énorme trou de Monro avec le ventricule moyen, et le pédoncule cérébral fait une toute petite saillie sur sa paroi inférieure, puis il s'épaissit pour former cette mince couche d'hémisphère. Les plexus choroïdes sont assez développés.

Le cervelet n'a pas participé à cet état, il paraît avoir sa conformation et son développement normaux.

Malgré ces anomalies et ces défauts de développement de l'encéphale, l'enfant, pendant la vie, avait les mouvements intacts et la sensibilité normale; de plus, il était très vivant.

Enfin, un tibia a été enlevé et il nous a présenté une déformation consistant en une incurvation de l'épiphyse supérieure sur la diaphyse ; l'épiphyse est en même temps très développée, du côté interne surtout ; à la coupe, on trouve un point d'ossification des dimensions d'une lentille environ. Mais dans la portion de cartilage qui sépare ce noyau de la portion osseuse de l'épiphyse on ne voit pas les jetées chondro-calcaires comme dans la syphilis proprement dite ; cependant, dans le bas, il y a une ligne blanche assez dure qui ferait croire que le cartilage est déjà envahi par des sels calcaires. De plus, le tissu osseux est plus dense, et dans la diaphyse le tissu compact plus

épais, le canal médullaire offre un état aréolaire plus prononcé que de coutume.

En résumé, cet enfant a succombé à une péritonite, et l'intérêt de l'*autopsie*, au point de vue du sujet que j'ai envisagé, se concentre dans la dernière partie de l'intestin. L'existence des deux cloisons que j'ai décrites dans le trajet de l'intestin me paraît être le point le plus frappant. Si l'un de ces diaphragmes occupe un siège qui n'a rien d'insolite à 3 centimètres 1/2 de l'anus, c'est-à-dire à l'union de la portion anale et de la terminaison du rectum, il n'en est pas de même du siège occupé par la seconde cloison à 11 centimètres de l'anus. Il serait difficile d'invoquer pour sa formation une interprétation tératologique pure; il serait peut-être préférable d'admettre l'influence d'une cause pathologique, d'un trouble survenu dans la période embryonnaire, qui aurait amené la formation de ces deux cloisons. Quoi qu'il en soit, on doit remarquer la minceur de ces deux cloisons et la facilité avec laquelle on aurait pu les rompre avec un stylet, une sonde de femme, un corps mousse quelconque; elles ont moins d'un demi-millimètre d'épaisseur à la partie moyenne.

Qu'il me soit permis en même temps de signaler la déformation du crâne, l'ossification des fontanelles et des sutures, l'épaisseur relative de ces os sur tous les points, la déformation rachitique d'un tibia. Il y a eu, dans le crâne surtout, une ossification d'une activité extrême, une précocité dans l'évolution de ces os qui ne peut s'expliquer que par une cause pathologique. Malgré l'absence de données positives, j'ai une certaine peine à ne pas croire à une cause syphilitique; en disant, en effet, que la déformation cranienne est purement rachitique, la question de pathogénie n'est nullement élucidée. Quoi qu'il en soit, l'ossification précoce du crâne, la fermeture prématurée des sutures, ne se sont produites que par le fait d'une nutrition exagérée, et c'est à cela que je crois devoir rattacher l'abondance du système pileux dans le cuir chevelu. J'ai maintes fois été frappé de ce fait que chez les jeunes sujets dont l'ossification du crâne était active, la croissance des cheveux traduisait la même activité : le travail d'hypérémie nutritive gagne chez eux les parties profondes du cuir chevelu et leur communique une impulsion qui a pour conséquence une plus grande abondance de poils ou de cheveux.

OBSERVATION II. — *Imperforation rectale par cloisons complètes; anus contre nature, rétablissement du cours des matières par l'anus normal.*

Le 24 mai 1882, on apporte à l'hôpital Trousseau un nouveau-né, du sexe masculin, âgé de 52 heures au moment de l'examen. Il est le se-

cond fils de parents bien portants, et il semble qu'il n'y ait pas chez les parents d'antécédents héréditaires syphilitiques. L'enfant est bien vivant, urine facilement, mais il n'a pas rendu de méconium depuis la naissance ; il a vomi la veille au soir, pour la première fois, et plusieurs fois dans le cours de la nuit; il rend le lait qu'on lui fait prendre, il n'a pas encore vomi de méconium. Il est d'ailleurs bien conformé. A l'examen de la région anale, on ne découvre rien de particulier ; l'anus a ses plis normaux : quand on y enfonce le doigt, on pénètre dans un infundibulum de 2 à 3 centimètres de profondeur environ. Le doigt s'introduit avec peine, et lorsque l'enfant crie ou pleure on ne perçoit aucun choc; un examen attentif ne permet pas, en un mot, de croire à l'existence d'une ampoule rectale. Le ventre est gonflé et tendu, la paroi abdominale n'est pas œdémateuse, on ne voit pas se dessiner les anses intestinales.

L'enfant est opéré par la méthode de Littre; on trouve le gros intestin sous des anses d'intestins grêles. Il est suturé à la paroi abdominale et ouvert. Il s'écoule en abondante quantité du méconium.

Les suites de l'intervention ont été heureuses, une garde fort soigneuse s'occupait de cet enfant, qu'on nous a ramené tous les jours d'abord, et puis tous les deux ou trois jours. Le 15 juin, l'ouverture à la paroi abdominale commence à être le siège d'un travail de rétraction, il existe autour un peu d'érythème simple provoqué par le contact des matières de l'intestin. Le 18 juin, l'anus contre nature est bien constitué, l'orifice cutané est arrondi, il reçoit le bout du doigt. Dans le fond, on aperçoit une légère saillie de la muqueuse. Prenant alors une sonde de femme métallique, je la dirigeai dans le bout inférieur. Elle fut promptement arrêtée à 2 ou 3 centimètres environ de l'orifice cutané, il y avait là comme un obstacle que je crois être la terminaison de l'intestin. Comme je cherchais à me rendre compte de la distance qui pouvait le séparer de l'anus et qui était d'ailleurs très grande, il me sembla que la résistance que j'éprouvais cédait, bien que mes pressions fussent très modérées. J'insistai alors un peu plus, et bientôt, en effet, la sonde s'engagea dans le petit bassin ; elle était trop courte pour arriver à l'anus, je dus prendre un long trocart courbe de Chassaignac, que j'introduisis avec prudence par son extrémité mousse. Il vint proéminer au sommet de l'infundibulum anal, et je le sentis avec le doigt introduit dans cet infundibulum ; une faible épaisseur séparait l'extrémité du cathéter du sommet de l'infundibulum; il eut été très possible, en procédant avec violence, de franchir cette séparation. Je crus néanmoins devoir procéder autrement. Une incision postérieure partant de l'anus fut faite, sur la ligne médiane, dans la direction de la pointe du coccyx, elle avait un centimètre et demi environ ; la peau, les tissus sous-jacents furent successivement incisés, et enfin la cloison elle-même fut coupée sur l'instrument. Un tube à drainage de fort calibre, allant de l'anus normal à l'anus artificiel, fut laissé à demeure. Deux points de suture réunirent les bords de l'incision périnéale. On recommanda de faire dans la journée une injection boriquée faible, pour nettoyer le drain.

Le 19 juin, la santé de l'enfant est excellente; il est sorti des matières intestinales par la cavité du tube.

Deux jours plus tard, le 21 juin, les choses sont dans le même état; on retire le drain pour le nettoyer, on engage avec précaution une sonde plus volumineuse par l'anus normal, et on remonte au-dessus de l'obstacle inférieur facilement. Le drain est encore replacé; l'anus iliaque n'admet qu'avec peine l'extrémité du doigt, les bords en sont épaissis.

Le 23 juin, les points de suture faits au périnée sont retirés; il n'y a aucun engorgement inflammatoire; il s'engage chaque jour des matières qui sortent par le gros drain.

Le 26 juin, le drain est retiré et nettoyé; on passe des sondes rectales, de calibre gradué; puis on remet encore le drain, qui est définitivement supprimé le 29 juin. A cette date, il sortait des matières en beaucoup plus grande quantité par l'anus iliaque. L'enfant est revu le 2 juillet, on conseille à la mère de passer elle-même chaque jour des sondes rectales par l'anus normal. Une entérite, avec des selles diarrhéiques nombreuses et abondantes s'est produite, et depuis la veille la figure de l'enfant est un peu fatiguée, mais il ne vomit pas. Depuis, nous n'avons plus revu notre petit malade, et j'ai tout lieu de croire qu'il a dû succomber.

Ce dernier exemple, messieurs, me paraît ne pas comporter de nouveaux commentaires après les explications que je vous ai données au début de ma communication; ne montre-t-il pas qu'après avoir fait œuvre d'urgence en établissant un anus iliaque, le chirurgien doit chercher à rétablir le cours normal des matières de l'intestin, lorsque sa première entreprise a été couronnée de succès?

Discussion.

M. Desprès. Il faudrait faire l'examen microscopique du trajet intermédiaire aux deux diaphragmes, afin de vérifier s'il était bien réellement tapissé par une muqueuse. Tant que cet examen n'aura pas été fait, il sera impossible d'affirmer qu'il s'agit là d'un canal intestinal normalement constitué, et l'on peut admettre que le fait rentre dans la catégorie des cas ordinaires. L'on sait, en effet, que l'ampoule rectale est habituellement réunie à l'anus par un cordon continu et que ce cordon diffère justement du rectum normal par l'absence de cavité recouverte de muqueuse. La disposition signalée par M. Lannelongue, si elle était réelle, serait en contradiction formelle avec les enseignements de l'embryogénie.

M. Lannelongue. L'examen microscopique sera fait; mais, d'ores et déjà, je puis affirmer que le trajet interposé entre chaque valvule est tapissé par une membrane qui offre tous les caractères

macroscopiques d'une muqueuse. C'est justement cette disposition, tout à fait différente de ce que l'on observe d'habitude, qui m'a engagé à vous signaler le cas.

M. Marchand. J'ai rencontré un cas qui se rapproche de celui de M. Lannelongue, mais qui en diffère par ce fait que le trajet interposé entre les deux valvules n'était pas recouvert de muqueuse.

On pouvait croire que l'arrêt de développement portait exclusivement sur la portion du rectum formée aux dépens du feuillet interne du blastoderme, c'est-à-dire sur l'épithélium de cet organe, tandis que les portions fibro-musculaires, développées aux dépens de la couche interne du feuillet moyen (la splanchno-pleure), étaient complètement formées.

M. Verneuil. Le mot de valvule employé par M. Lannelongue pour désigner cet arrêt de développement ne serait-il pas avantageusement remplacé par celui de cloison ?

M. Lannelongue. Le mot de cloison serait, en effet, meilleur, puisqu'il s'agit d'une oblitération complète.

M. Trélat. Le fait rapporté par M. Lannelongue est certainement très intéressant au point de vue chirurgical, mais il ne m'a pas surpris. C'est là, en effet, une variation d'anomalie qui n'est nullement en opposition avec ce que nous savons sur le développement normal de la région ano-rectale.

Tantôt, cette anomalie est complète et l'intestin se termine par un bout flottant, sans connexion aucune avec le cul-de-sac anal. D'autres fois, ces deux parties sont réunies l'une à l'autre par un cordon, mais ce cordon est plein. Enfin, dans un troisième ordre de faits, beaucoup plus rares à la vérité, ce cordon présente un trajet, et ce trajet est ouvert, fermé, ou même simplement rétréci en un ou plusieurs points, situés à des hauteurs variables. Bien entendu, les abouchements anormaux ne sont point en question ici.

M. Eugène Bœkel, dans un travail sur les rétrécissements congénitaux du rectum, a cité un certain nombre d'observations relatives à des rétrécissements de la paroi supérieure du rectum. Dès lors, les cas de MM. Lannelongue et Marchand, qui rentrent dans la série, sont parfaitement concevables. La seule différence qui les sépare, c'est que l'insuffisance du processus formateur ayant été plus considérable dans le cas de M. Marchand que dans le cas de M. Lannelongue, la disposition observée par le premier s'éloignait davantage du type normal que la disposition observée par le second.

En ce qui concerne le développement du rectum aux dépens du feuillet interne et de la couche interne du feuillet moyen, je ferai remarquer à M. Marchand que ce qu'il nous a dit, vrai pour le début de la vie embryonnaire, alors que l'intestin se présente sous la forme d'une simple gouttière, n'est plus exact lorsque l'intestin est constitué par un véritable conduit. A ce moment, sa progression vers le cloaque externe se fait simultanément aux dépens de toutes les couches qui le constituent. C'est précisément ce mécanisme que j'ai autrefois exposé dans mon article du *Dictionnaire encyclopédique* et qui reste encore vrai aujourd'hui, qui explique tous les degrés d'absence ou d'imperforation du rectum et de l'anus, y compris les cordons creux comme dans le cas de M. Marchand, ou les cloisons à plusieurs sièges comme dans le fait intéressant et rare que vient de nous communiquer M. Lannelongue.

M. Marchand conteste les explications embryogéniques données par M. Trélat.

M. Lannelongue. L'explication que donne M. Trélat, applicable aux diverses malformations classiques, bonne peut-être pour expliquer la cloison inférieure du rectum de mon petit malade, ne me paraît pas applicable à la cloison supérieure, située à 11 ou 12 centimètres de l'anus.

Je n'ai pu trouver, je le répète, aucun exemple semblable dans les auteurs que j'ai consultés à ce sujet.

Pour ce qui est du point de vue opératoire, critiqué par M. Trélat, je tiens à dire que je n'ai jamais eu l'intention d'aller rechercher l'ampoule rectale par la voie anale. Je me suis borné à dire qu'en pareille circonstance, puisque la cloison supérieure est très mince, peut-être serait-il possible de la perforer avec une sonde et de rétablir ainsi les voies naturelles.

M. Tillaux. Le cas de M. Lannelongue ne rentre pas dans la catégorie de ceux que nous connaissons, et il faut bien reconnaître qu'il ne s'explique pas par les lois connues de l'embryologie.

Nous savons tous, en effet, que pendant que le rectum et l'anus développés isolément vont à la rencontre l'un de l'autre, à aucun moment ces deux organes ne se trouvent séparés par un canal complet recouvert d'une muqueuse.

M. Després. M. Lannelongue nous dit que la cloison supérieure siégeait à 11 ou 12 centimètres de l'anus. Comme on a affaire à un enfant, ce n'est plus du rectum, mais bien de l'S iliaque qu'il s'agit.

M. Lannelongue. La limite établie entre le rectum et l'S iliaque est arbitraire, par conséquent l'observation de M. Després n'a pas grande importance. Cependant je tiens à dire qu'en raison des inflexuosités du petit canal dont j'ai parlé, la cloison placée à une distance de 11 centimètres de l'anus siégeait exactement en un point que l'on considère comme représentant la limite supérieure du rectum.

M. Verneuil. On a déjà trouvé des cloisonnements de l'intestin à toutes les hauteurs, rien d'étonnant par conséquent à ce que celui-ci soit situé à 11 centimètres.

En ce qui concerne l'explication de ce fait curieux, je crois qu'il est bon de rappeler que toutes les malformations congénitales ne sont pas fatalement liées à un arrêt ou à une insuffisance de développement. Elles peuvent être d'origine pathologique; dans ce cas, elles diffèrent de celles qui sont d'origine embryogénique, et se rapprochent des lésions observées chez l'adulte.

Peut-être le cas de M. Lannelongue rentre-t-il dans cette dernière catégorie.

M. Lannelongue. La remarque de M. Verneuil est parfaitement exacte. De ce qu'une chose est constatée à la naissance, il ne s'ensuit pas fatalement qu'elle soit la conséquence d'un arrêt de développement. Le fœtus peut être atteint de toute une série de maladies que nous connaissons très mal, et dont nous voyons à la naissance des traces plus ou moins profondes. On doit toujours songer à une origine semblable, lorsqu'on se trouve en présence de cas qui ne peuvent s'expliquer par les lois de l'embryologie.

Présentations de pièces.

1° M. Verneuil présente une pièce anotomo-pathologique sèche, destinée à montrer la *position du 3e fragment dans les fractures mal consolidées du cou-de-pied.*

Il s'exprime ainsi :

Dans une de nos discussions sur le traitement des fractures vicieuses du cou-de-pied, j'avais dit que, lorsqu'on voulait redresser le mal, il ne suffisait pas de réséquer les deux malléoles. Ces fractures s'accompagnent toujours de la production d'un troisième fragment, intermédiaire au tibia et au péroné, dont la consolida-

tion vicieuse était l'obstacle principal au succès de l'opération. Dans la pièce que je vous présente, on voit très nettement de quelle manière ce troisième fragment maintient le cou-de-pied dans sa position vicieuse.

2° M. TERRILLON présente la pièce d'une malade atteinte d'un kyste de l'ovaire, qu'il était prêt à opérer lorsque la malade mourut d'une maladie intercurrente.

OBSERVATION. — *Kyste ovarique, infiltré dans le ligament large et ayant pris des adhérences intimes avec l'utérus et l'uretère. — Hydro-néphrose commençante.* — Remarques sur les difficultés opératoires, par M. TERRILLON.

Dans la séance du 27 juin 1883, j'ai lu devant la Société un travail sur les kystes ordinaires de l'ovaire qui s'infiltrent entre les deux feuillets du ligament large, prennent avec les organes voisins des connexions plus ou moins intimes, et présentent par ce seul fait des indications opératoires spéciales.

J'avais particulièrement insisté sur l'union souvent très intime que ces kystes présentent dans l'épaisseur du ligament large avec le bord de l'utérus, la face postérieure de la vessie, et enfin l'uretère. Ces connexions empêchent souvent l'ablation complète du kyste par décortication telle qu'on la pratique le plus souvent, ou bien elles exposent à la section de l'uretère, fait qui a été vérifié dans plusieurs observations.

Dans un mémoire que je viens de faire paraître dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1884), et intitulé : *Rapport des kystes de l'ovaire avec les organes urinaires, troubles fonctionnels et difficultés opératoires qui en sont la conséquence,* j'ai rapporté plusieurs de ces faits et indiqué quels étaient les dangers opératoires auxquels elles exposaient.

Je viens aujourd'hui présenter une pièce pathologique qui est une confirmation et un éclaircissement pour l'histoire de ces kystes infiltrés dans le ligament large. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire contenant avant la ponction plus de 3 litres de liquide brun, caractéristique des kystes ovariques multiloculaires. Les signes fournis par cette tumeur ne présentaient rien de spécial, si ce n'est que l'utérus, légèrement entraîné en haut, semblait assez adhérent à la tumeur.

La femme, âgée de 52 ans, maigre, ayant constaté la présence de ce kyste un an auparavant, encore assez bien portante, se présentait donc dans des conditions moyennes pour l'opération de l'o-

variotomie, d'après les indications fournies par les antécédents, la palpation, etc... Elle me fut envoyée dans ces conditions par M. Beaumetz, et j'aurais probablement opéré cette malade, s'il n'était survenu brusquement des accidents cérébraux avec hémiplégie et coma qui entraînèrent en quelques jours la mort de la malade. Il faut ajouter qu'au moment de ces accidents elle présenta dans l'urine une petite quantité d'albumine, qui, si nous n'avions pas eu le phénomène d'hémiplégie, nous eût fait penser à des phénomènes d'urémie.

A l'*autopsie*, nous trouvâmes un kyste de l'ovaire contenant encore plus d'un litre de liquide (il avait été ponctionné 4 jours avant).

Ce kyste, situé à gauche, était en partie libre dans sa partie supérieure dans la cavité péritonéale, mais les feuillets de la séreuse, se réfléchissant sur ses côtés et surtout au niveau du détroit supérieur, indiquaient bien qu'une grande partie de la tumeur avait dédoublé les feuillets du ligament large et s'était développé dans son épaisseur.

En disséquant la tumeur, nous la trouvâmes très adhérente au péritoine, au bord de l'utérus, et surtout confondue pour ainsi dire avec la paroi de l'uretère correspondant. Ce dernier, comprimé et aplati par la tumeur sur une grande étendue, est dilaté vers sa partie supérieure, et il existait un commencement d'hydronéphrose.

Par le simple aspect de cette pièce, on voit que l'opération complète aurait été rendue impossible par les adhérences contractées avec l'utérus et avec l'uretère, et même si on avait pu commencer la décortication, on aurait été obligé de s'arrêter, car l'uretère eût été infailliblement coupé, ce qui est arrivé du reste plusieurs fois dans des cas semblables.

Discussion.

M. Pozzi. Les cas dans lesquels l'uretère est adhérent à un kyste ovarien ou à un fibrome utérin ne sont pas extrêmement rares, et on a lié ce conduit en même temps que le pédicule.

Il en est résulté une fistule uretèro-cutanée.

Lorsque la tumeur enclavée dans le bassin comprime l'uretère, il en résulte, au bout d'un certain temps, de l'hydro-néphrose. C'est là une éventualité à laquelle il faut toujours songer lorsqu'une tumeur est contenue dans le bassin. Elle doit engager le chirurgien à intervenir plus tôt qu'il ne l'aurait voulu.

M. Monod. Je rappellerai que cette compression peut quelquefois être diagnostiquée avant l'opération. C'est lorsqu'après l'évacuation d'un kyste la malade rend subitement une grande quantité d'urine (débâcle urinaire).

M. Terrillon présente une seconde pièce prise sur un malade atteint d'une fistule ostéopathique du creux poplité. L'amputation allait être pratiquée lorsqu'une hémorragie foudroyante entraîna la mort du malade.

L'artère poplitée présente une ulcération dont la présence ne s'explique ni par l'action d'un séquestre ni par l'action des drains.

Observation. — *Ulcération de l'artère poplitée dans le voisinage d'un foyer de suppuration, succédant à une ostéite du fémur. Mort par hémorragie foudroyante*, par M. Terrillon.

Dans le courant de l'année 1882, la Société de chirurgie a reçu plusieurs communications relatives à la rupture des gros troncs artériels dans le voisinage des foyers de suppuration. MM. Humbert et Bouilly ont présenté chacun une observation des plus importantes sur ce sujet, et M. Monod, à propos de ces faits, a donné un rapport très complet.

J'ai perdu, il y a quelques jours, dans le service de la Charité (suppléance de M. le professeur Gosselin), un malade qui est mort rapidement des suites d'une rupture artérielle dans des conditions semblables à celles qui ont fait le sujet des communications que je viens de vous signaler; je donnerai un résumé rapide de l'observation et je présenterai la pièce anatomique correspondante.

Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, qui était entré dans le service pour une affection du fémur avec fistules concomitantes. Cette affection avait débuté 18 mois auparavant pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Nous savons que ce genre d'accident, succédant à la fièvre typhoïde, est loin d'être rare.

On trouvait à la partie inférieure du fémur, au-dessous de l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen, un épaississement assez considérable de l'os, et on constatait que des clapiers purulents s'étaient formés entre les muscles de la cuisse. Ces clapiers se vidaient mal par les fistules existantes, et l'infection qui en résultait avait déjà notamment altéré la santé du malade.

Étant donné l'état général du malade, on fit une tentative pour ouvrir largement et drainer ces clapiers purulents et, s'il était possible, agir sur l'affection osseuse. Cette première tentative, pendant laquelle on fit l'ablation d'un certain nombre de stalactites osseuses

périphériques, sembla améliorer l'état général du malade; mais bientôt d'autres fusées purulentes se produisirent du côté du creux poplité et dans le voisinage de l'articulation. L'état général du malade empira et on fut obligé de faire de nouvelles contre-ouvertures, et même à ce moment l'opportunité d'une amputation de cuisse fut discutée.

Quelques jours après cette nouvelle tentative, après laquelle on avait laissé trois gros tubes à drainage, le malade, après avoir fait un effort pour se soulever de son lit, sentit que son pansement était brusquement mouillé. Presque aussitôt que le pansement fut défait, on constata une hémorragie extrêmement abondante, que rien ne put arrêter, et, malgré la ligature de la fémorale, qui fut pratiquée très rapidement par M. Routier, chef de clinique alors présent dans les salles, le malade expira après quelques minutes.

L'*autopsie*, qui fut faite avec beaucoup de soin, révéla la cause de l'hémorragie.

C'est dans la partie supérieure de la région poplitée que s'est faite une ulcération simultanée de la veine et de l'artère poplitées, dans le voisinage d'un foyer purulent, mais sans que l'artère fût en contact avec un drain. La veine était pleine de sang coagulé. La perforation artérielle est égale à une pièce de vingt centimes; les bords sont déchiquetés et ulcérés. Elle est allongée suivant l'axe longitudinal de l'artère. — La veine, qui était aussi obstruée au même niveau, n'avait pu donner du sang, car elle était remplie de caillots. Autour de ces vaisseaux existait une masse de tissu induré et enflammé rempli de petites loges purulentes. L'examen microscopique n'a pas encore été fait. Il existait de nombreuses fusées purulentes dans les espaces intermusculaires, fusées remontant jusqu'à la partie supérieure de la cuisse.

Le fémur est augmenté de volume dans sa partie inférieure, depuis les condyles jusqu'à la moitié de son corps. Sur sa face interne, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, existe une surface dénudée de plusieurs centimètres carrés. Même lésion en un point un peu plus élevé de sa face antérieure. On observe de plus une hyperostose sous-périostique qui présente un ombilic fistuleux par lequel on arrive sur l'os nécrosé. Dans les autres points, le périoste est très épaissi, forme avec le tissu cellulo-graisseux et les tissus adjacents un tissu lardacé au milieu duquel circulent des trajets fistuleux larges comme le doigt. L'un d'eux passe à la partie supérieure du creux poplité entre l'os et le paquet vasculo-nerveux. C'est à ce niveau que s'est produite la rupture des vaisseaux. L'os, sectionné parallèlement à un plan passant entre les deux condyles, laisse voir, au niveau de l'hyperos-

tose, un abcès long de 8 centimètres sur 1 centimètre de large et communiquant avec les fistules par l'ombilic de l'hyperostose.

Rien de particulier du côté des organes de ce malade, excepté leur extrême pâleur.

Ce fait est intéressant à cause de l'origine de l'infection, qui est l'ostéo-périostite. Or, dans cette région et même dans d'autres, cette cause est fréquente ; il en était de même dans l'observation de M. Bouilly.

Un autre fait important, est la découverte d'un abcès intra-osseux, qu'il était difficile de diagnostiquer.

Discussion.

M. Ch. MONOD. La seconde des observations rapportées par M. Terrillon peut être ajoutée aux nombreux cas que j'ai rassemblés dernièrement lorsque j'ai fait une communication à ce sujet.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

P. GILLETTE.

Séance du 5 mars 1884.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° Une lettre de M. Robin (de Lyon), au sujet de son appareil à ostéoclasie (cette lecture sera renvoyée à la commission chargée de rendre compte de la méthode de M. Robin);

3° M. VERNEUIL présente une thèse intitulée : *Redressement brusque du genu valgum avec l'appareil Collin;*

4° M. Guéniot présente, de la part de M. Frantz de Neugebauer (de Varsovie), un volume sur la *spondylolisthésis* ou *glissement vertébral.*

5° Une lettre de M. Demons (de Bordeaux), proposant à la Société de chirurgie de créer un congrès de chirurgiens français. Cette proposition est renvoyée à une commission composée de MM. Verneuil, Trélat, Pozzi, Chauvel et le secrétaire général de la Société de chirurgie.

Présentation de pièce.

Malformations anales congénitales.

M. Lannelongue présente le fœtus dont il a été question à la dernière séance, et qui était atteint d'une variété insolite d'imperforation anale.

Entre l'ampoule rectale et l'anus existe un canal, oblitéré à ses deux extrémités par une cloison muqueuse de peu d'épaisseur, et dans l'intervalle on trouve une membrane qui, examinée au microscope, présente tous les attributs d'une muqueuse normale.

Au sujet de cette même pièce, M. Lannelongue ajoute quelques mots relatifs à une *observation de spina bifida avec ultérations simultanées de l'anus existant au moment de la naissance.*

Messieurs, dans la dernière séance je vous ai communiqué deux observations de cloisons rectales congénitales ; on m'a demandé si l'examen histologique de l'intestin compris entre ces deux cloisons avait été fait, et on aurait volontiers contesté la nature intestinale de ce conduit. Je viens aujourd'hui donner une réponse à cette objection ; c'est bien un intestin avec toutes ses tuniques ; le résultat de l'examen se trouve consigné à la suite de l'observation (voir séance du 26 février). D'autre part, la discussion s'est engagée sur un point de tératologie. M. Verneuil a mis en avant cette proposition, qu'un certain nombre d'états congénitaux ne relevaient pas uniquement de la tératologie ; je partage si bien et depuis longtemps déjà cette opinion, que je dois rappeler la publication d'un travail paru dans les *Archives de médecine* en 1883 [1], où j'ai montré que de nombreuses influences pathologiques survenant dans la période embryonnaire pouvaient amener une anomalie ou une monstruosité. Je ne me servirai pas aujourd'hui des faits contenus dans

[1] Quelques exemples d'anomalies congénitales au point de vue de leur pathogénie, *Archives générales de médecine*, 1883.

ce mémoire, mais je vous apporte un exemple nouveau auquel j'ai fait allusion au cours de la discussion de mercredi dernier. Il s'agit d'un nouveau-né venu au monde avec un spina bifida et portant en même temps des ulcérations de la marge de l'anus. Le spina bifida dont il est atteint présente certaines particularités qui m'ont confirmé dans une opinion que j'ai depuis longtemps, à savoir que toutes les tumeurs de cet ordre n'ont pas la même pathogénie ; il en est d'elles comme du bec-de-lièvre. En effet, l'examen d'un certain nombre de ces tumeurs permet de les diviser en trois groupes. Dans un premier groupe, la spina bifida a pour enveloppe superficielle la peau et ce tégument est intact. Dans un seconde catégorie de faits, la tumeur n'est recouverte par la peau qu'à la périphérie, tandis que dans toute la portion centrale une membrane mince, transparente, limite la tumeur en se continuant, d'ailleurs, directement avec la peau à la périphérie. Un troisième groupe, enfin, présente de nouveaux caractères ; dans les parties plus ou moins centrales on trouve tantôt une membrane mince et transparente, tantôt une membrane plus épaisse, inégale, et des îlots de peau, séparés, sont plus ou moins perdus au milieu de ce tissu de nouvel aspect. J'ai eu l'occasion d'examiner histologiquement l'enveloppe d'un spina bifida du troisième groupe, et l'inspection histologique y révèle un tissu cicatriciel, indiquant l'existence d'un travail pathologique ulcératif pendant la vie intra-utérine ; je mets sous les yeux de la Société un dessin qui montre les particularités dont je parle ; les îlots de peau en continuité avec la cicatrice sont épaissis et un peu indurés. Or, s'il est plausible d'admettre que le spina bifida des deux premiers groupes a pour origine une hydropisie partielle du canal médullaire à une période primitive qui a empêché la formation des arcs vertébraux postérieurs, il n'en est plus de même à l'égard de la troisième catégorie de faits. Ici, tout concourt à faire croire à l'intervention d'un autre mécanisme pathogénique. L'enveloppe superficielle n'est plus intacte, elle ne recouvre qu'incomplètement la tumeur, elle est quelquefois partagée en îlots séparés, l'existence d'un tissu néoplasique inflammatoire entre ces îlots est manifeste, la peau elle-même est altérée ; tous ces faits témoignent d'une altération superficielle des téguments dont il faut chercher l'origine à une période primitive de la vie embryonnaire. On peut supposer qu'à cette époque il y a eu à ce niveau un arrêt partiel dans le développement de l'amnios. Un pli amniotique est resté adhérent, et cette interprétation est d'autant plus acceptable que dans la région lombo-sacrée où le spina bifida se montre avec une beaucoup plus grande fréquence que partout ailleurs, l'extrémité caudale de l'embryon présente une inflexion saillante en arrière favorable à cette adhérence ; là, comme

à la face, c'est au niveau des parties proéminentes que se produisent les adhérences amniotiques. La soudure de l'amnios au tégument en modifie le développement et exerce une compression qui empêche la formation de l'arc vertébral postérieur. On peut expliquer de la sorte le trouble de nutrition du tégument externe, en vertu duquel la texturo de la peau est non seulement modifiée, mais même arrêtée dans son développement. Peut-il se produire pendant la période intra-utérine une ulcération dans le sens que nous attachons à ce mot, c'est-à-dire une surface de laquelle s'exhale un produit plus ou moins comparable au pus ? Les idées actuelles qui semblent prévaloir au sujet de la suppuration ne paraissent pas favorables à cette opinion ; d'autre part, n'ayant pas eu l'occasion d'observer les nouveau-nés dans les heures ou premiers jours qui suivent la naissance, je n'apporte aucun fait précis à cet égard. Toutefois, des ulcérations ont été observées au bout de peu de jours, et elles se font remarquer alors par leurs persistance et par une suppuration indéniable.

Quoi qu'il soit, en la hernie des méninges dans cette variété de faits est consécutive aux altérations précédentes et procède d'un mécanisme différent des autres variétés que nous avons distinguées.

Entre toutes les autres anomalies qui peuvent exister en même temps que le spina bifida, celle qui fait l'objet de l'observation suivante n'est pas dépourvue d'intérêt. C'est plutôt un état pathologique qu'une anomalie ; le nouveau-né affecté d'un spina lombaire présentait une déformation anale avec des fissures et un état ulcéreux qui persiste encore deux mois après la naissance. L'anus a la forme d'un quadrilatère allongé, il reste ouvert et le rectum y tombe en prolapsus ; les bords de l'ouverture anale présentent en outre des fissures ulcérées d'où s'écoule du pus. La mère de l'enfant est très affirmative sur ce point que la suppuration s'est montrée dans les trois ou quatre premiers jours, mais elle ne peut en dire davantage à cet égard. La déformation anale est pourtant positivement congénitale, car la mère nous dit que le rectum y faisait saillie dès le premier jour de la naissance, et cela avait frappé la sage-femme. A tous ces points de vue le fait m'a paru digne de figurer dans les bulletins de votre Société.

Observation. — *Spina bifida de la région sacrée. — Déformation congénitale de l'anus ; ulcération de cet orifice.*

Le 28 janvier 1884, on présente à la consultation de l'hôpital Trousseau une fillette âgée de deux mois. — Elle est née de parents bien portants, qui n'offrent aucun antécédent héréditaire appréciable. — Elle porte sur la région sacrée une tumeur du volume d'une mandarine,

médiane et communiquant avec le canal sacré. — On remarque à sa surface plusieurs particularités. — A son centre existe une membrane blanche, amincie, qui paraît être la paroi méningée; près d'elle existe une plaie granuleuse et suppurante qui peut-être existait à la naissance, bien que les renseignements ne soient pas très précis sur ce point; dans les jours qui ont suivi, cette plaie fournissait du pus d'une façon certaine, ainsi qu'en témoigne la mère de l'enfant. — La peau forme le reste de l'enveloppe de la tumeur, et elle présente un nævus qui se prolonge dans le tégument au delà des limites du spina.

De plus, l'anus de cette enfant présentait à la naissance une conformation et un état qui n'a pas changé depuis. L'orifice anal n'est plus circulaire et radié; il est largement ouvert et a la forme d'un quadrilatère allongé. — Les bords présentent des mamelons comme cicatriciels, et dans l'intervalle, des fissures qui se prolongent de la peau dans le rectum. — Ces fissures sont ulcérées, sécrètent du pus et, d'après la mère, cette suppuration existait peut-être à la naissance; mais elle ne fut constatée que dans les jours qui suivirent; l'anus, cependant, avait la même forme qu'aujourd'hui, lorsque l'enfant est né; on s'en est aperçu dans les heures qui ont suivi.

L'orifice anal reste ouvert; il semble au doigt que le sphincter ait en grande partie disparu; le rectum, en effet, s'y présente en prolapsus; c'est ce prolapsus qui fut constaté le jour même de la naissance.

L'enfant présente en même temps un érythème exulcéreux sur les fesses qui date de quelques jours seulement. — On ne trouve rien d'anormal sur aucune autre partie du corps.

En résumé, il semble ressortir de toutes ces considérations, que nous ne devons pas considérer toutes les difformités congénitales comme une erreur embryogénique. Il y a une série d'influences qui peuvent amener certains états pathologiques du fœtus, lesquel sont suivis de vices de conformations de tout ordre.

M. Trélat. Depuis la dernière séance j'ai examiné de très près les conditions dans lesquelles se fait le développement de la région ano-rectale, et cette étude m'a confirmé dans l'opinion que j'ai déjà formulée ici, à savoir, que la curieuse malformation anorectale observée par M. Lannelongue s'explique parfaitement par un arrêt de développement.

Ainsi que je le faisais observer à propos d'une observation de M. Marchand, aussitôt que l'intestin a apparu sous forme d'un canal distinct, les feuillets du blastoderme qui entrent dans sa composition sont intimement unis l'un à l'autre, et il ne saurait plus y avoir de malformation portant isolément sur l'un ou l'autre d'entre eux. Cette malformation portera fatalement sur l'ensemble de l'organe.

Or, l'on sait qu'à partir du moment où l'intestin est constitué,

ses deux extrémités vont à la rencontre, l'une, l'extrémité céphalique, au-devant de l'œsophage, l'autre, l'extrémité caudale, au-devant de l'orifice anal. En ce qui concerne cette dernière, la seule dont il s'agisse en ce moment, on n'est pas encore bien fixé sur la question de savoir si c'est l'ampoule rectale terminale qui va directement au-devant de l'orifice anal, ou bien si l'espace compris entre les deux portions d'intestin n'est pas occupé par un bourgeonnement latéral de l'ampoule terminale, un véritable diverticule.

Cette dernière hypothèse, la plus vraisemblable dans l'état actuel de la science, rend très bien compte de la malformation observée par M. Lannelongue ; celle-ci, en effet, pourrait être considérée comme la conséquence d'un développement incomplet du diverticule dont je viens de parler.

Mais ce n'est pas tout ; il est un second point sur lequel je désire insister, c'est celui qui a été indiqué par M. Verneuil dans la dernière séance, et sur lequel M. Lannelongue vient d'appeler à nouveau votre attention : je veux parler des malformations congénitales consécutives à un état pathologique du fœtus.

Ces malformations, je les admets parfaitement, et je les ai signalées dans mon article du dictionnaire, mais elles sont extrêmement rares, et diffèrent du tout au tout de celles que l'on observe le plus habituellement et qui sont la conséquence d'un arrêt ou d'une insuffisance de développement.

Il ne faudrait pas, et c'est surtout contre une pareille tendance que je veux m'élever, qu'après avoir voulu tout expliquer par la tératologie, on se jette dans une voie opposée, et dire que la plupart des altérations trouvées au moment de la naissance sont des lésions pathologiques.

La distinction, d'ailleurs, est généralement facile entre ces deux ordres de lésions.

Celles qui ressortissent plus spécialement de la tératologie représentent toutes un état transitoire du fœtus, devenu permanent à la suite de causes qui nous échappent, et c'est parce que l'enfant présenté par M. Lannelongue est dans ces conditions que je maintiens mon opinion à son égard ; par contre, celles qui sont d'ordre pathologique, le plus souvent ulcéreuses, conduisent à des malformations éminemment variables de leur nature, mais qui ne ressemblent en rien aux dispositions transitoires du fœtus.

Il est vrai qu'il est des cas où la distinction est difficile, c'est lorsqu'il y a mélange des deux espèces de malformations, et qu'à une malformation due à un arrêt de développement se joint consécutivement une lésion d'origine pathologique. Ce ne peut être que par un examen attentif de chaque cas particulier que l'on peut

faire la part de ce qui appartient à l'une ou à l'autre de ces deux causes.

Présentation de pièce.

Ulcération des artères dans les foyers purulents.

M. Gillette présente une pièce pathologique venant s'ajouter à celles déjà présentées par MM. Monod et Pozzi et relative à un cas d'ulcération artérielle au contact d'un foyer purulent. Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans, entré dans le service de M. Gillette, à l'hôpital Tenon, pour un énorme abcès par congestion ayant pour origine les six premières vertèbres lombaires et descendant jusqu'à la partie moyenne de la cuisse gauche. L'abcès menaçant de s'ouvrir, deux drains furent passés, l'un dans le sens transversal en avant du fémur, l'autre vertical et sortant au niveau du canal de Fallope. Lavages et pansements phéniqués. L'opération eut lieu le 8 décembre 1883. Première hémorragie artérielle très abondante le 10 février 1884. Deuxième hémorragie encore plus abondante le 29. Mort le 2 mars. A l'*autopsie* on constata que l'*ulcération portait sur l'artère honteuse externe.*

Lecture.

M. Cazin (de Berck-sur-Mer) lit un travail intitulé : *De l'ablation des ganglions tuberculeux. Statistique de l'hôpital de Berck-sur-Mer*, par le Dr Cazin (de Berck-sur-Mer), membre correspondant.

La question si controversée de l'intervention chirurgicale dans les adénites tuberculeuses, récemment soumise à la Société de chirurgie, n'a pas fait naître de conclusions précises. Si certains chirurgiens prétendent détruire à tout prix, presque dès son apparition, tout foyer suspect, d'autres respectent les tuberculoses ganglionnaires, quelque étendue qu'elles atteignent, quelque danger qu'elles puissent constituer.

Je crois pouvoir vous démontrer, chiffres en main, que l'on doit se rallier à l'opinion moyenne que le professeur Verneuil défendait à cette tribune.

L'hôpital maritime de Berck-sur-Mer est, sous le rapport de l'étude des engorgements ganglionnaires, un champ des plus

riches. En effet, dès ses débuts, dans le petit hôpital provisoire, on a soigné 380 enfants, parmi lesquels il y avait 118 adénites chroniques.

Sur ce nombre, dont j'emprunte l'indication à l'excellent rapport du Dr Bergeron, 85 guérirent absolument, 24 furent améliorés, 7 restèrent stationnaires et 2 moururent, ce qui donne pour cent :

Guérisons	72.05
Améliorations	20.33
États stationnaires	5.93
Mortalité	1.69

En 1869, s'ouvrait le grand hôpital actuel, comptant six cents lits. Les cas furent peut-être un peu moins triés, et cependant les résultats furent très remarquables, puisque, depuis cette époque jusqu'au 1er janvier 1883, on y a soigné 1482 enfants affectés d'adénopathies de sièges divers qui amenèrent 1118 guérisons; 296 furent réclamés ou améliorés et 68 sont morts. Nous verrons plus loin quelles ont été les causes de ces décès.

Les proportions pour cent ont été :

Guérisons	75.44
Améliorations et réclamations	19.97
Morts	4.59

Ces résultats favorables doivent être en majeure partie rapportés à l'influence des bains de mer, et surtout à l'immersion constante dans l'air marin.

Mais, il faut bien le dire, c'est grâce à la prolongation du séjour, à la durée considérable de la cure, qui a atteint pour certains cas 450 jours, que l'on arrive à obtenir ces proportions de succès.

En réunissant les statistiques de différents hôpitaux maritimes, j'ai pu rassembler 3,407 cas d'adénopathies traitées par les bains de mer ; ils ont donné en bloc :

Guérisons	61.58
Améliorations	34.81
États stationnaires	1.50
Décès	2.11

Mais si, comme dans le tableau ci-joint, on établit deux catégories d'après le temps de séjour, on voit que de la première, où la saison oscille entre vingt jours (minimum) et trois mois (maximum), comme en Italie, à Margate en Danemark, à celle où la

guérison est la seule limite, comme à l'hôpital de Berck, et dans les établissements similaires, il y a dans les guérisons un écart de 48,14 à 75,69 0/0. Cette longue durée est un des plus sérieux inconvénients du traitement marin, aussi a-t-on été obligé d'adjoindre à la thalassothérapie des traitements locaux plus ou moins actifs, topiques (pommades sur le peu de valeur desquelles il y aurait beaucoup à dire, iode métallique, coton iodé, etc.), des interventions plus directes, injections interstitielles, régularisation des plaies déchiquetées, sétons filiformes, etc.

Quand j'ai pris le service en 1879, on se bornait à ces pratiques. La moyenne de séjour était de 376 jours. J'ai compris la nécessité de procéder plus énergiquement, plus radicalement, et le mouvement scientifique aidant, je suis arrivé à cette conclusion que, si l'on devait respecter les engorgements ganglionnaires non abcédés, non ulcérés de volume moyen, il fallait supprimer les hypertrophies considérables, après un essai suffisamment prolongé de l'action résolutive de l'hydrothérapie marine.

Quant aux adénites tuberculeuses ulcérées, ne présentant aucune tendance à la guérison spontanée, je les combats toutes par l'ablation à l'aide du thermo-cautère, qui me rend de signalés services. J'y ai recours de préférence à l'instrument tranchant, que je réserve pour l'enlèvement des ganglions non ulcérés.

J'interviens par l'énucléation dans tous les cas où la peau est malade, où il existe des trajets fistuleux, ou de ces scrofulides ulcéro-fongueuses qui se développent autour des ganglions malades, et quelque étendues que soient les lésions, quelque nombreuses que soient les glandes envahies, à moins qu'il n'existe des contre-indications absolues du côté de l'état général ou des complications viscérales.

D'une façon générale, à moins que je n'aie la main forcée par des délabrements et une suppuration considérables, réclamant l'action immédiate, je laisse l'enfant s'acclimater, se fortifier, et n'enlève les ganglions que deux mois environ après son arrivée. Dans quelques circonstances, j'interviens si même l'état genéral laisse un peu à désirer, et lorsqu'il y a menace de généralisation ; on est tout étonné de voir la constitution se relever rapidement sous l'influence de l'atmosphère marine quand les parties à supprimer ont disparu.

J'associe le raclage, à l'aide de la curette de Volkmann, à la cautérisation; en un mot, je transforme les surfaces malades et anfractueuses en plaies nettes. S'il existe des lésions multiples et occupant les deux côtés du cou, par exemple, j'en opère un seul à la fois; mais, de ce côté, j'enlève tous les ganglions, même les plus petits, dussé-je prolonger la séance, car, ainsi qu'on l'a très

bien dit à cette tribune, toute opération incomplète est une mauvaise opération, parce qu'elle détermine sur les ganglions à moitié malades laissés en place une poussée congestive, inflammatoire, véritable coup de fouet qui est la cause de nouveaux foyers de tuberculose.

Grâce à l'emploi du thermo-cautère et des pinces hémostatiques, j'ai très rarement l'occasion de faire des ligatures d'artérioles ; il est bien entendu que lorsque j'arrive dans les régions profondes, au voisinage des vaisseaux, j'abandonne le thermo-cautère et me contente, soit du dos du bistouri, soit d'une spatule, soit du doigt.

Le pansement ordinairement suivi est l'application d'une mousseline trempée dans l'eau alcoolisée ou phéniquée recouverte de charpie imbibée de la même solution; le tout entouré de taffetas gommé. On le voit, c'est du Lister très modifié, très peu rigoureux.

DURÉE DU SÉJOUR.	ADMIS.	GUÉRIS.		AMÉLIORÉS.		STATIONNAIRES.		MORTS.	
		Nombre.	Proportion %.	Nombre.	Proportion %.	Nombre.	Proportion %.	Nombre.	Proportion %.
PREMIÈRE CATÉGORIE.									
Séjour limité à 3 mois (*maximum*) et 20 jours (*minimum*)......... (Hôpitaux italiens, danois, hôpital de Rotschild).	1745	840	48.14	861	49.34	44	2.52	»	»
DEUXIÈME CATÉGORIE.									
Séjour illimité....... (Berck-sur-Mer, Maisons Cornu, à Berck, de Paris à Grosfliers (Pas de-Calais).	1662	1258	75.69	325	19.55	7	0.43	0.43	4.33
TOTAL.........	3407	2098	61.58	1186	34.81	51	1.50	72	2.11

Sur un nombre de 102 opérations, je n'ai eu que deux morts, et encore l'opération avait-elle été très importante et elle portait sur des adultes : une fille de service de l'Hôtel-Dieu, âgée de 22 ans, ayant succombé à une hémorragie secondaire sans infection purulente et contre laquelle je pratiquai en vain la ligature de la caro-

tice primitive : un garçon de 18 ans qui, à la suite d'une imprudence, eut, le quinzième jour, une phlébite de la jugulaire interne, suivie de septicémie.

Je ne recherche donc pas la réunion par première intention. Malgré cela, la cicatrisation marche avec une rapidité extrême que j'ai fait souvent noter au moyen du procédé graphique imaginé par notre regretté collègue Houzé de l'Aulnoit. Les cicatrices sont ordinairement régulières et plates, pourvu que l'on ait soin d'en suivre les progrès et de réprimer ce qu'elles peuvent avoir d'exubérant. Malgré toute l'attention, toutefois, surtout chez les filles, elle deviennent le siège de kéloïdes.

Sur 335 enfants, j'ai pratiqué 102 ablations de glanglions, mais, de fait, je n'ai opéré que sur 91, car 5 ont été opérés deux fois et 3 à trois reprises, dans des régions différentes. Les opérés ont donné en guérisons 83.34 0/0, et les non opérés 68.77 0/0 c'est-à-dire en faveur de l'ablation 14.56 0/0.

Je suis intervenu quatre-vingts fois pour des ganglions cervicaux ou sous-maxillaires ; chez quinze malades l'opération a été sérieuse, grave même, c'est-à-dire que j'avais affaire à des ganglions précarotidiens et que j'étais obligé de faire une dissection minutieuse mettant à nu les gros vaisseaux. Il m'est arrivé au moins quatre fois d'enlever des masses tuberculeuses énormes entourant le sterno-mastoïdien et de laisser dans la plaie ce muscle presque entièrement disséqué et isolé ; la guérison a eu lieu avec une cicatrice relativement insignifiante.

Treize fois j'ai enlevé des adénites axillaires ; cinq fois j'y ai été amené un temps variable après avoir pratiqué la cautérisation ponctuée profonde au thermo-cautère, ainsi que l'a recommandé notre collègue le Dr Périer.

Dans l'aine, j'ai opéré six fois ; dans un cas même, j'ai énucléé des ganglions inguinaux et plusieurs ganglions énormes de la fosse iliaque interne qui communiquaient au dehors par des fistules fongueuses multiples. L'enfant a très bien guéri.

Enfin trois fois j'ai procédé à l'ablation de ganglions sus-claviculaires indépendants.

Ma conviction, mon expérience, m'ont convaincu que le traitement par l'ablation des ganglions ulcérés gagne en sécurité et en rapidité.

Mais ma conviction morale ne suffit pas, il faut des preuves numériques ; or, je les trouve dans le tableau suivant, où se classent les résultats comparatifs obtenus dans un milieu identique, d'une part de 1869 à fin 1878, pendant une période où l'on se contentait des traitements classiques, et, d'autre part, pendant le laps de

temps écoulé entre 1879 et 1883, époque durant laquelle, je le répète, j'ai pratiqué des ablations de ganglions.

Je n'ai pas fait intervenir 1883 parce que les relevés de cette année ne sont pas encore prêts, quoique je puisse dire d'avance qu'ils doivent être plus concluants encore, puisque les interventions chirurgicales qui m'occupent n'ont déterminé aucun décès pendant cet exercice.

Voici le tableau :

Relevé des engorgements ganglionnaires soignés à Berck de 1869 à 1883.

PÉRIODES.	NOMBRE DE CAS.	GUÉRIS.		AMÉLIORÉS.		RÉCLAMÉS.		NON GUÉRIS		MORTS.		DURÉE moyenne du séjour.
		Nombre.	Proportion %.	Nombre.	Proportion %.	Nombre.	Proportion %.	Nombre.	Proportion %.	Nombre.	Proportion %.	
De juillet 1869 à fin 1878..............	1147	878	76.55	42	3.66	153	13.34	19	1.66	55	4.79	376 j.
De janvier 1879 à fin 1882.....	335	240	71.64	3	0.90	77	22.98	2	0.60	13	3.88	225 j.
TOTAL..........	1482											

Ainsi, nous avons un nombre à peu près égal de guérisons, car il ne faut pas se laisser induire en erreur par le chiffre 71.64 0/0, qui paraît inférieur à celui de 76.55 ; il faut tenir compte de la proportion plus considérable d'enfants réclamés figurant à la deuxième division, 22.98 0/0 au lieu de 13.34 ; si ces enfants étaient restés, ils auraient, comme le disait le Dr Bergeron à propos du petit hôpital (statistique de 1861 à 1866), ils auraient sans aucun doute grossi notablement le chiffre des guérisons, et cela avec d'autant plus de raison que les familles ne réclament en général que des enfants presque guéris. Dans ce cas, les incurables ne sont que dans le rapport de 1 à 3.

Du reste, le chiffre de 71.64 0/0 est à peine inférieur à celui de 72.04, que nous avons vu le petit hôpital nous donner de 1861 à 1866.

Le point sur lequel je tiens à insister, c'est le nombre minime des *non guéris* et des *améliorés*, et en dernier lieu la diminution des morts, qui de 4.87 avant 1879 tombe à 3.88 0/0.

Enfin, on voit la durée du séjour s'abaisser de 376 jours à 225 ; et on ne pourrait alléguer que cette différence tient au nombre plus élevé des réclamés, car le rapport entre ces derniers, avant 1879 et après, n'est pas à mettre en balance avec les deux chiffres

des jours de présence à l'hôpital. Les familles ne reprennent d'ailleurs leurs enfants que lorsqu'elles sont fatiguées d'une séparation trop longue.

Les guérisons ont été, pour les opérés comme pour ceux où la nature seule a fait les frais du traitement, dûment constatées et observées pendant plusieurs mois avant le renvoi à Paris. Elles se sont maintenues. Depuis trois ans, je n'ai observé que quatre récidives ; une de ces dernières regardait un enfant que j'avais opéré.

J'arrive aux décès et à leurs causes ; j'ai déjà parlé des deux cas de morts attribuables aux opérations. De fait, il ne s'agissait pas d'enfants, je ne les fais pas moins entrer en ligne.

Je m'occuperai surtout des proportions de décès par pthisie, par méningite, etc., et par albuminurie. Le tableau suivant est, à cet égard, on ne peut plus démonstratif des avantages de l'ablation.

Engorgements ganglionnaires (1482 cas).

CAUSES DES DÉCÈS.	DE JUILLET 1869 A FIN DE 1878 1,147 cas.		DE JANVIER 1879 A FIN DE 1882 335 cas.	
	Nombre.	Proportion %.	Nombre.	Proportion %.
1° Phtisie pulmonaire. — Granulie. — Tuberculose généralisée	12	1.05	3	0.90
2° Méningite et tuberculose cérébrale	9	0.78	1	0.30
3° Albuminurie	9	0.78	»	»
4° Ganglions bronchiques	4	0.35	1	0.30
5° Carreau et péritonite tuberculeuse	3	0.26	»	»
6° Septicémie	»	»	1	0.30
7° Hémorragie	»	»	1	0.30
8° Autres causes accidentelles (variole, scarlatine, rougeole, croup, broncho-pneumonie, etc., etc.)	18	1.57	6	1.79

On voit dans ce relevé que les décès par phtisie ont diminué manifestement ; ceux par méningite, tubercules cérébraux et par ganglions bronchiques aussi. L'albuminurie, qui atteignait 0.78 0/0 avant l'ablation des ganglions, c'est-à-dire quand l'abondance et la pérennité de la suppuration épuisaient les malades, malgré l'excellence du milieu, est dans la seconde colonne représentée par zéro.

Et la diminution totale de la mortalité serait bien plus marquée encore, si les causes accidentelles n'avaient pas été plus élevées dans cette période à cause de petites épidémies de rougeole, de scarlatine, de variole et de croup.

Je vous demande pardon, messieurs, de vous avoir tenu si longtemps avec la fastidieuse énumération de ces chiffres ; car, quoique l'on ait prétendu que l'on tire de la statistique tout ce qu'on désire lui faire prouver, c'est encore un des moyens les plus précis d'information.

Aujourd'hui, je me bornerai à cette simple note que je crois suffisamment probante, laissant de côté l'étude de la marche des lésions tuberculeuses des ganglions vers les viscères, de la généralisation par les tuberculoses locales, qui font l'objet d'un mémoire que je prépare en collaboration avec le Dr Letulle, médecin des hôpitaux.

J'ai voulu seulement établir que, si l'on n'a pas encore le droit d'affirmer qu'il faut enlever tout foyer tuberculeux, comme on détruit une pustule maligne, comme on supprime un cancer, l'ablation des ganglions tuberculeux, surtout lorsqu'ils sont ulcérés, est une opération légitime. Elle est exempte de dangers, si on prend les précautions que j'ai indiquées ; elle donne de plus beaux résultats que l'expectation ; elle laisse, après elle, des cicatrices moins hideuses et, peut-être, diminue-t-elle les chances de tuberculisation générale.

Discussion.

M. Trélat s'étonne qu'ayant pris part à la discussion relative aux méthodes opératoires applicables aux adénopathies tuberculeuses, il n'ait pas entendu M. Cazin, dont les opinions se rapprochent tant des siennes, rappeler en quelques mots sa manière de voir et de procéder dans le traitement de ces adénopathies.

M. Cazin. Il n'est nullement entré dans ma pensée de faire l'obscurité sur les communications du professeur Trélat, et je suis le premier à en reconnaître toute la valeur.

Il n'y a eu là aucune préméditation. Je n'ai pas cité davantage les autres membres de la Société qui ont pris part au débat, et si j'ai fait une exception c'est que d'après la lecture des journaux qui m'ont sans doute donné des séances dernières une appréciation inexacte, j'ai cru que la pratique de M. Verneuil se rapprochait le plus de celle que je suis. Il m'avait semblé que le professeur Trélat employait de préférence la curette, tandis que je m'occupais d'ablation radicale.

En résumé, je tiens à le répéter, je n'ai pas péché par intention mais par omission.

Communication.

M. Pozzi fait une communication *sur un cas d'ovario-hystérotomie chez une hystérique atteinte de kyste ovarique et de corps fibreux utérins. Guérison des accidents nerveux.*

L'influence des réflexes d'origine utéro-ovarienne sur l'hystérie est admise généralement. Mais le degré de cette influence est contesté.

Les uns lui font jouer un rôle primordial, fidèles ainsi à l'idée ancienne qui a imposé son nom à la maladie. De là l'extension qu'a prise à l'étranger l'ablation des ovaires, qu'ils fussent altérés ou sains, la *castration* ou *ovariotomie normale*, comme on l'a appelée (opérations dites de Hegar, de Battey), pour la guérison de l'hystérie avec détermination ovarienne.

D'autres auteurs, au contraire, refusent à l'appareil utéro-ovarien le rôle de point de départ de l'hystérie ; ils admettent bien qu'il y a des névralgies viscérales localisées dans cet appareil, chez les hystériques, mais celles-ci sont tout à fait indépendantes de l'état anatomique des organes. Par suite, il ne serait pas plus légitime de pratiquer l'ablation des ovaires en vue de guérir ces accidents nerveux, qu'il ne le serait de faire l'extraction d'une dent pour une névralgie faciale idiopathique, ou l'amputation de la jambe pour une sciatique [1].

Ce n'est pas le moment de prendre partie dans ce débat, et de discuter devant vous la valeur de l'opération dite de Battey [2] dans une des applications les plus fréquentes qu'elle ait reçue au début de sa vulgarisation. Je désire seulement vous présenter la relation d'un fait curieux qui peut servir de document, de pièce à consulter dans ce procès non encore jugé dans notre pays.

Je note avec soin qu'il ne se rapporte qu'indirectement à la question de la *castration*. Un seul ovaire en effet a été enlevé — il était atteint de dégénérescence kystique — et on a extirpé en

[1] Landau et Remark, *Zeitschr. f. klin. Med.* 1883, Bd. VI, p. 437. (Ein Fall von Ovariotomie bei Hhysterische emianæsthesie, etc.) Il s'agit d'un cas d'hystérie grave avec hémianesthésie, où l'extirpation d'un ovaire malade n'a apporté aucune amélioration.

[2] C'est Hegar qui a le premier pratiqué la castration à Fribourg en Brisgau, le 27 juillet 1872. Battey, *trois semaines plus tard* (17 août 1872) pratiquait la même opération à Rome dans l'État de Georgia (États-Unis). Battey publia son opération dès le mois suivant (septembre) dans l'*Atlanta medical and surgical journal,* tandis que l'observation de Hegar ne voyait le jour que quatre ans plus tard, en 1876. Ce dernier a incontestablement la priorité de l'opération, mais Battey a celle de la publication.

outre un assez gros corps fibreux sous-péritonéal. Quoi qu'il en soit, la disparition rapide et complète, après l'opération des accidents nerveux graves datant de longues années, montre bien toute l'influence des réflexes utéro-ovariens sinon dans leur origine première, au moins dans leur continuation : les troubles morbides qu'ils provoquent s'ajoutent alors aux autres indications opératoires qui commandent la prompte action du chirurgien.

Observation, — *Ovario-hystérotomie chez une femme hystérique atteinte de kyste ovarique et de corps fibreux utérin. — Guérison des accidents nerveux (hémianesthésie, hémiparésie, etc.)*, par le Dr Pozzi.

(Observation recueillie par M. Thouvenet, interne provisoire. Joséphine G., âgée de 45 ans, entre dans mon service à l'hôpital temporaire Pascal (annexe de Lourcine) le 20 mars 1883, pour une tumeur développée dans le ventre et déterminant des accidents graves.

Pas d'antécédents morbides, réglée à l'âge de 19 ans elle l'a toujours été régulièrement. Les règles sont abondantes et durent 7 ou 8 jours. Mariée à l'âge de 25 ans, remariée il y a 3 ans elle n'a jamais eu d'enfants.

Père mort de tuberculose pulmonaire, mère morte à 60 ans.

Les premiers débuts d'une tumeur abdominale remontent à 1873. Depuis elle a fait à l'hôpital de Versailles neuf séjours successifs, dont le plus long a été de neuf mois. Le traitement auquel elle est soumise alors consiste en nombreux vésicatoires sur le ventre et en injections hypodermiques de morphine.

M. le Dr Yot, qui l'a traitée depuis le début, l'envoie à M. Pozzi pour décider la possibilité d'un traitement curatif.

La malade, d'un embonpoint assez prononcé, a une physionomie qui frappe tout d'abord. Le visage est très coloré, les vaisseaux capillaires du nez et des joues sont variqueux ; les yeux, saillants, ont une étrangeté de regard particulière. Le ventre est volumineux, mesure 102 centimètres de circonférence.

Les premiers symptômes (1873) ont consisté en douleurs surtout intenses dans l'hypogastre; vers cette même époque apparaît une métrorragie abondante qui nécessite le séjour au lit durant deux mois, car dès que la malade essayait de se lever les pertes de sang recommençaient. Elle s'aperçoit en même temps qu'une petite tumeur se développe dans l'abdomen du côté gauche. Durant trois ans pas de nouvelles pertes de sang, les règles reviennent régulièrement, mais les douleurs du ventre persistent et augmentent progressivement. En 1876 nouvelle métrorragie qui nécessite de nouveau un séjour prolongé au lit. La tumeur va en augmentant de volume. La malade raconte qu'il y a 4 *ans* toute la moitié gauche de son corps était le siège d'un gonflement très notable qui aurait persisté neuf mois. De ce même côté on constate une anestésie complète.

Il y a 10 mois les règles, qui depuis quelques temps déjà étaient irrégulières, se suppriment. A partir de ce moment tous les phénomènes morbides s'aggravent très notablement, surtout les douleurs, qui, très intenses dans le côté gauche, s'irradient dans toute la jambe du même côté.

Les maux de tête depuis le début sont presque continuels avec exacerbation. De temps en temps sans cause appréciable la malade éprouve des éblouissements et une faiblesse générale qui déterminent sa chute sans que toutefois elle perde connaissance.

Du côté de la vue perte presque complète de la vision de l'œil gauche, ce qui détermine de la diplopie et fait que les objets sont vus en rouge.

Nous avons déjà signalé l'exophtalmie prononcée.

L'urine pendant longtemps n'a pu être rendue volontairement ; cette rétention a duré 5 ans et nécessité deux fois par jour le cathéterisme. Aujourd'hui elle a disparu.

Les selles sont difficiles et les matières expulsées sont comme passées à la filière.

Le système génital est le siège de phénomènes remarquables. Depuis 4 ans la malade a presque toutes les nuits des *rêves* pénibles consistant en vision d'animaux qui veulent lui faire du mal ; elle veut fuir et à ce moment elle éprouve des sensations voluptueuses du sens génital qui produisent un ébranlement considérable du système nerveux. Elles sont suivies de l'issue par le vagin d'un liquide abondant et filant. Si à ce moment elle ne se réveille pas, ces mêmes phénomènes peuvent se reproduire jusqu'à deux et trois fois de suite. Aussitôt après elle est prise d'un tremblement général qui dure quelques minutes et auquel fait suite une lassitude extrême et des douleurs de tête violentes. Quelquefois, mais rarement, elle rêve qu'elle a des rapports sexuels avec un homme, et les mêmes phénomènes que nous avons énumérés se reproduisent.

Ces accidents, qui, au début, ne se représentaient qu'une ou deux fois par semaine, en sont venus ces derniers temps à se reproduire quatre ou cinq fois par nuit. La fatigue et le malaise qui les suivent les font redouter, et la crainte de les voir réapparaître tient la malade éveillée.

Cette malade par l'aggravation progressive de son mal en est arrivée à ne plus pouvoir se livrer à aucun travail; elle ne peut sortir seule et garde constamment le lit. Elle raconte même que durant 15 jours avant son entrée, quand elle voulait descendre du lit elle perdait connaissance et éprouvait ensuite un tel malaise qu'elle était obligée de se recoucher.

Actuellement on constate que le ventre est plus volumineux du côté gauche que du droit. Au palper on sent une tumeur dure, arrondie, légèrement irrégulière, du volume de la tête d'un adulte, s'enfonçan dans le petit bassin et faisant corps avec l'utérus.

Cette tumeur est douloureuse au palper, qui détermine des nausées. Le toucher vaginal trouve le col légèrement ramolli et abaissé, les mouvements qu'on imprime à l'utérus sont communiqués à la tumeur.

Notons que le toucher vaginal provoque et a toujours provoqué des vomissements.

La malade est sujette à des palpitations de cœur qui la fatiguent beaucoup.

L'appétit est languissant et capricieux, elle ne peut manger de viande et recherche les légumes.

Tout le côté gauche est le siège *d'une anesthésie complète* que l'on constate en piquant la peau avec une épingle. Il y a une diminution considérable de force de ce côté : la malade peut à peine serrer la main.

23 *mars*. — Perte de sang assez abondante qui ne s'était pas reproduite depuis neuf mois.

27 *mars*. — Les pertes de sang ont continué jusqu'à ce jour, les douleurs sont moins violentes. En somme amélioration assez notable depuis qu'elle est à l'hôpital.

Les sensations voluptueuses qu'elle éprouvait habituellement la nuit ne se sont reproduites que trois fois depuis son entrée.

16 *avril*. — Les douleurs abdominales persistent tantôt plus vives tantôt moins. Ces jours derniers, les douleurs de ventre sont devenues très vives et nécessitent le séjour au lit. Aujourd'hui nouvelle perte de sang, un soulagement marqué la suit, mais est de courte durée.

28 *avril*. — Le ventre paraît sensiblement augmenté de volume, il mesure 110 centimètres de circonférence, les douleurs vont en augmentant d'intensité, les selles sont difficiles; l'appétit, très diminué, est capricieux. La malade garde constamment le lit, ne peut plus se tenir de bout sans éprouver des souffrances intolérables. Elle réclame une opération avec insistance, disant que la vie n'est plus supportable pour elle dans les conditions où elle se trouve.

L'opération est faite le 30 mai à 9 h. 1/2 du matin, sa durée est de 1 heure 3/4.

Une incision de 15 centimètres environ est faite sur la ligne médiane, les parois abdominales sont surchargées de graisse. Le doigt introduit perçoit une tumeur fluctuante, qui est ponctionnée et donne issue à 1 *litre de liquide* de coloration jaunâtre. Le pédicule est formé et une double ligature est posée sur ce dernier. Outre cette poche kystique on constate sur l'utérus un *corps fibreux du volume* d'une grosse orange, à pédicule très court dont la surface peut être évaluée à celle d'une pièce de 2 francs en argent. Il est sectionné, mais sa surface de section donne une hémorragie assez difficile à arrêter malgré l'emploi du thermocautère. L'utérus a du reste son volume normal. L'ovaire droit paraît sain et on ne juge pas à propos de l'enlever.

Ceci fait on pratique la suture des parois abdominales à l'aide de points profonds et superficiels.

30 *mai*, 2 h. 1/4. — Pouls petit, 94 pulsations. La malade paraît très peu fatiguée des suites immédiates de l'opération, souffre peu du ventre.

8 h. 1/4. — A eu un vomissement facile à 7 heures, les matières vomies sont les liquides qu'elle a absorbés. T. 38°2.

31 *mai.* — La nuit a été bonne, le matin à 4 heures des douleurs assez vives ont apparu dans le ventre. La malade sent qu'elles sont dues à un développement de gaz qu'elle ne peut expulser et qui distendent l'abdomen. Elle est sondée toutes les deux heures. La bouche est légèrement pâteuse, la soif assez vive ; la température est 37°.

2 *heures.* — Une sonde molle en caoutchouc rouge (numéro 24) est introduite dans le rectum pour donner issue aux gaz. Les douleurs abdominales vives que l'opérée éprouvait ce matin ont disparu presque complètement. Elle a dormi environ deux heures. Elle a eu quelques vomissements glaireux, en somme se trouve bien. Le soir la sonde est retirée.

1er *juin.* — La malade a vomi deux fois hier au soir à 7 heures. Toute la soirée elle a souffert assez vivement de coliques dues à la réplétion de son intestin par du gaz. Une sonde en caoutchouc est introduite à 10 heures dans le rectum et donne issue à une grande quantité de gaz. La malade a un peu d'appétit et demande quelque chose à manger, le pouls normal, la température du matin est 37°2. L'état général continue à être excellent.

8 *heures du soir.* Se trouve très bien, n'a plus de douleurs de ventre, la température est à 37°8, le pouls 80; pas de vomissements, la patiente urine très facilement toute seule, mais on continue à la sonder.

2 *juin.* — Elle a passé une excellente nuit, ne se plaint d'aucune douleur. T. 37°, pouls 70.

La sonde rectale qui est restée en place toute la journée d'hier et toute la nuit précédente est retirée ce matin, lavée et remise en place.

3 *juin.* — L'état de la malade continue à être excellent, elle a de l'appétit, la sonde est maintenue dans le rectum.

4 *juin.* — Le pansement est renouvelé, un érythème phéniqué couvre tout le ventre, 5 points de suture sont enlevés ; il existe entre deux points un léger chevauchement des bords de la plaie.

L'amélioration se maintient et s'accentue de jour en jour. Nous avons signalé dans le cours de l'observation une *parésie* avec *anesthésie* de tout le côté gauche. Or, fait important à noter, la disparition de tous ces troubles à été constatée deux jours après l'opération, et la sensibilité et la force sont revenues comme précédemment avant le début de la maladie. Il en est de même de la vision. En outre l'exophtalmie a beaucoup diminué (elle finit plus tard par disparaître tout à fait).

20 *juin.* — On sent à la partie inférieure abdominale une masse dure assez volumineuse. Il existe à ce niveau un petit orifice par lequel s'écoule un peu de matière séro-purulente. L'orifice est agrandi et il s'écoule un grand verre d'un pus marron répandant une forte odeur. On injecte dans la cavité une solution phéniquée forte. L'orifice reste quelque temps fistuleux ; il est probable que les fils à ligature du pédicule se sont éliminés par là. Quoi qu'il en soit, la malade, après un court séjour chez elle (à Versailles), rentre de nouveau à l'hôpital Pascal avec une induration persistante à ce niveau, et des injections au sublimé

amènent l'évacuation de *larves de mouches* (abcès vermineux). La fistule se ferme ensuite rapidement, et les parois abdominales reprennent toute leur souplesse. Il n'y a plus eu de métrorragie depuis l'opération.

Les accidents nerveux n'ont nullement reparu. Il y a maintenant neuf mois que l'opérée en est complètement délivrée, et qu'elle jouit de la santé la plus complète. Elle a repris une vie active qu'elle ne connaissait plus depuis de longues années. Elle m'a donné de ses nouvelles la semaine dernière et m'a dit que ses règles revenaient régulièrement.

Discussion.

M. Terrier. La question que vient d'aborder M. Pozzi touche, par certains points, à l'opération de Battey, c'est-à-dire à l'ablation de l'ovaire faite pour guérir certains accidents hystériformes. Je puis même dire qu'elle paraît favorable à cette opération, généralement repoussée par les chirurgiens français.

Toutefois, avant de conclure, il ne faut pas oublier que cette question est complexe, et que les observations que nous possédons à ce sujet sont malheureusement encore trop contradictoires, pour nous permettre du formuler une opinion définitive.

C'est ainsi, par exemple, que je puis citer un cas absolument contraire à celui que vient de nous rapporter M. Pozzi.

J'ai enlevé, il y a quinze jours, sur une jeune femme, un kyste de l'ovaire : cette jeune femme, qui depuis quelques années n'avait jamais eu aucun accident nerveux, a présenté immédiatement après l'opération une série de crises hystériques, subintrantes, qui n'ont pas été sans m'inquiéter sérieusement depuis quelque temps. Ces crises ont diminué; disparaîtront-elles après la guérison, je l'ignore; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que c'est justement l'ablation de l'ovaire qui les a provoquées.

Il est vrai que dans mon cas, comme d'ailleurs dans celui de M. Pozzi, le second ovaire a été conservé, et dès lors on peut accuser celui-ci d'être l'origine des accidents observés.

A côté de ces faits, qui n'ont rien de démonstratif, il en est d'autres qui paraissent tellement favorables à l'opération, que pour mon compte je n'hésite pas à la considérer comme parfaitement indiquée dans certains cas. Tels sont les cas où les douleurs, les crises hystériformes ont atteint une intensité telle, que la vie de la malade en est devenue impossible.

M. Reclus. Il y a deux mois j'ai enlevé, pour un double kyste ovarique, les deux ovaires d'une femme sujette à des crises d'hystérie. Pendant toute la durée de la cicatrisation de la plaie, cette malade eut des crises hystériques extrêmement fortes, mais celles-

ci parurent s'amender trois semaines après la guérison, et la malade put quitter l'hôpital, considérablement améliorée. Je ferai connaître plus tard les suites de cette observation.

M. GILLETTE. L'opération faite par M. Pozzi a été parfaitement indiquée et réglée, et je ne m'étonne pas de l'excellence des résultats qu'il a obtenus : mais ici, la castration n'a été en quelque sorte qu'accidentelle et nécessitée par l'état pathologique de l'ovaire. Je crois qu'il se serait abstenu de la pratiquer dans d'autres circonstances et surtout dans le cas d'hystérie simple. Autrement dit, l'opération de Battey est-elle bonne, est-elle raisonnable ? Pour mon compte, j'ai peine à le croire et j'estime qu'à moins d'indications nombreuses, formelles et d'une précision absolue, on doit bien hésiter avant de l'entreprendre. Je sais qu'elle a été faite deux fois par un chirurgien français et que dans l'un de ces cas (j'ignore ce qu'il en a été du second) le résultat n'a pas été brillant.

M. TERRIER. Je ne partage pas l'opinion de M. Gillette, et les deux cas dont il vient de nous parler sont peu faits pour me faire changer d'avis.

Il nous dit que cette opération est peu raisonnable ; cet argument n'en est pas un, car nous savons tous combien d'opérations, dites déraisonnables à un certain moment, sont entrées dans la pratique courante quelque temps après.

Tout ce qu'il eût pu dire, et sous ce rapport nous aurions été d'accord, c'est que le nombre de faits que nous possédons sur l'opération de Battey est encore trop restreint pour nous permettre de porter un jugement définitif à son égard. Il est probable que c'est parce qu'il partage cette opinion, que M. Pozzi est venu nous apporter une observation qui, sans être absolument démonstrative, n'en constitue pas moins un important document dans l'étude de la question qui nous occupe.

Mais autre chose : M. Gillette nous dit que l'opération de Battey consiste toujours dans l'ablation des ovaires sains. Si ces organes ont paru sains dans quelques cas, le plus souvent ils ont présenté une série de lésions, surtout des adhérences, qui n'ont pas été sans augmenter les difficultés opératoires.

Au point de vue de l'indication de l'opération, je rappellerai qu'elle a rendu service dans certains cas de métrorragies rebelles. M. Duplay a opéré une malade pour remédier à des accidents de cette nature, et il s'en est très bien trouvé. Tout récemment une malade, qui meurt littéralement d'hémorragie utérine, étant venue me consulter, je n'ai pas hésité à proposer l'opération ; elle n'a pas été acceptée.

M. Polaillon. Je crois aussi que l'opération de Battey peut être indiquée dans certains cas. Je l'ai proposée à une malade qui, sans avoir de tumeur ovarienne apparente, éprouvait de telles névralgies du côté de l'ovaire, que sa vie lui était devenue insupportable. La pression sur l'ovaire malade, en même temps qu'elle exaspérait ces douleurs, provoquait des crises hystériformes quelquefois suivies d'un véritable délire, avec tendance au suicide. Il va sans dire que les moyens ordinaires, vésicatoires, narcotiques, etc., étaient restés sans résultat.

L'opération n'a pas été acceptée, et je ne sais pas ce qu'est devenue la malade.

M. Gillette. Je n'ai pas dit que l'opération ne puisse jamais trouver ses indications ; ce que j'ai dit et ce que je maintiens, c'est que l'opération, étant très grave par elle-même, au moins aussi grave que l'ovariotomie, il faut que l'indication soit extrêmement nette, et il ne serait pas raisonnable de la pratiquer pour remédier à de simples accidents hystériformes.

M. Pozzi. Je me féliciterais d'avoir provoqué une discussion sur l'opération dite de Battey (qu'on pourrait tout aussi bien appeler opération de Hégar, car c'est lui qui l'a pratiquée le premier, bien que la priorité de *publication* appartienne au fait de Battey). Il est regrettable, en effet, qu'une opération devenue classique à l'étranger n'ait jamais été sérieusement discutée en France. On aurait tort, il est vrai, de croire, comme paraissent le faire encore quelques chirurgiens, qu'on n'a guère appliqué cette opération qu'à la guérison de troubles nerveux, et qu'elle commence à tomber en discrédit. Ce n'est là qu'une de ses applications : la dysmenorrhée grave et autres troubles menstruels, les corps fibreux inopérables donnant lieu à des métrorragies inquiétantes ont fourni deux autres classes d'indications encore mieux établies. Pour ne citer que cette dernière, je rappelle que dans le dernier congrès des médecins allemands, tenu à Fribourg, Wiedow a présenté un mémoire sur *la castration pour les fibromes*, basé sur l'analyse de 66 cas, avec 12 morts seulement, soit 19 0/0. Lawson Tait lui seul a fourni 26 cas avec 5 morts, Hégar, 21 cas avec 3 morts. Freund, P. Müller, ont aussi apporté à ce Congrès les résultats satisfaisants de leur pratique. Il ne s'agit donc pas d'une opération condamnée, tant s'en faut.

Pour ce qui est de la valeur de mon observation au point de vue de l'opératien de Battey, je répète que je n'ai pas eu l'intention de faire une castration, mais bien d'enlever un kyste et un corps fibreux que j'aurais extirpés alors même que la malade n'aurait pas

souffert d'accidents nerveux. La présence de ces accidents a donné lieu, par surcroît, à une expérience thérapeutique intéressante.

Il est clair, du reste, que pour bien juger la castration comme traitement curatif de l'hystérie, etc., on ne peut tenir compte des cas négatifs où un seul ovaire a été enlevé. C'est ce qui ôte toute valeur probante à l'observation si intéressante, du reste, de M. Terrier, comme à celle de Remak et Landau à laquelle j'ai fait plus haut allusion.

Le cas de M. Reclus sera plus démonstratif, mais il faudra attendre quelques mois. En effet, la castration peut ne donner ses résultats que tardivement ; on sait que les règles peuvent persister après elles pendant des mois. Il n'est donc pas surprenant que les phénomènes nerveux puissent parfois ne pas être immédiatement jugulés.

J'ajoute que l'exacerbation des troubles nerveux signalés par mes collègues aussitôt après l'opération n'a rien qui soit embarrassant. En effet, dans la castration il y a deux choses : une grande opération et l'ablation des ovaires. Le premier facteur, on le sait, peut agir immédiatement en redoublant les phénomènes hystériques, avant que le second ait eu le temps d'opérer tardivement pour les étcindre — à supposer que cette action curative se produise, ce qui est précisément la question à l'étude.

J'espère que l'*ovariotomie normale* sera mise à l'ordre du jour d'une de nos séances. Ce sera alors l'occasion de se prononcer à son sujet.

Dès aujourd'hui, tout en faisant les plus grandes réserves sur les abus auxquels elle a donné lieu, je crois, comme mon collègue Terrier, que ce peut être *dans certains cas déterminés* une excellente opération.

La séance est levée à 5 heures 45 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 12 mars 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° M. Verneuil offre une brochure intitulée : *De l'inoculation directe de la tuberculose à l'homme;*

3° M. Verneuil offre aussi :

a. Une thèse sur *la spermatorrhée*, de M. Malécot.

b. Une thèse sur *les suites des fractures de la rotule* et de *leur thérapeutique*, de M. Labonne ;

4° M. le Dr Jarchi (de Bucharest) envoie sa thèse intitulée : *De l'ostéotomie dans le genu valgum ;*

5° M. le Dr Mouton adresse sa thèse intitulée : *Du traitement de l'empyème chronique par des résections des côtes.* (Procédé d'Estlander.)

6° M. Lannelongue offre deux brochures :

a. De quelques variétés de tumeurs congénitales de l'ombilic ;

b. Quelques exemples d'anomalies congénitales au point de vue de leur pathogénie;

7° M. le professeur Albert (de Vienne) envoie plusieurs travaux originaux intitulés :

a. Sur les mouvements de rotation dans l'articulation du genou;

Quelques mensurations kymographiques chez l'homme ;

Sur quelques relations de la chaleur chez l'animal fébricitant ;

De l'ostéite spontanée ;

Résection des articulations dans la carie ;

b. Des travaux publiés par les chefs de sa clinique, intitulés :

Du pied plat acquis, par le Dr Lorenz ;

Des effets physiologiques du bromoforme, par le Dr von Koroch ;

Sur le cancer de l'intestin, par le Dr Carl Maydl ;

Sur les calculs de l'urètre de l'homme, par le Dr Maximilien Zeissl ;

Sur les hernies de la paroi abdominale, par le Dr Lorenz ;

8° Une lettre de M. Fleury (de Clermont), membre correspondant, *sur quelques troubles de la miction ;*

9° M. le Dr Chauvel offre de la part de M. Moty, médecin-major, une observation intitulée : *Coup de feu pénétrant du crâne ; fracture par contre-coup.*

A l'occasion du procès-verbal.

Malformations congénitales de la région ano-rectale.

M. Larger. J'ai trouvé la relation d'un cas analogue à celui dont nous a fait part M. Lannelongue. Il s'agit d'un jeune enfant atteint d'imperforation anale qui fut opéré par West.

Comme il existait à la région anale une ampoule distendue, c'est à ce niveau que fut pratiquée l'ouverture de l'intestin. Malgré cette opération, les symptômes d'obstruction persistèrent, et l'enfant mourut.

A l'*autopsie*, on trouva dans l'intestin un second septum placé au-dessus de celui qui avait été incisé. Le siège exact de ce second septum n'est pas spécifié dans l'observation.

A propos de cette même observation, je ferai remarquer que la présence d'une dilatation ampullaire, au niveau de l'obstacle inférieur, suffit à prouver que le trajet placé entre les deux cloisons était tapissé d'une muqueuse normale.

Enfin, je ferai observer que l'enfant ne portait aucune cicatrice, aucune bride anormale pouvant faire admettre un travail pathologique quelconque.

M. Pozzi. Je voudrais faire quelques réserves à propos de la signification attribuée par M. Lannelongue à l'apparence cicatricielle du tissu mince, fibreux et plus ou moins réticulé, qui recouvre certains spina-bifida, comme aussi (je l'ai observé) certaines fentes sternales, véritables *sternum bifidum.*

Je crois que cette apparence ne suffit pas pour faire admettre une ulcération pendant la période fœtale. En effet, un simple arrêt de développement portant sur les parties superficielles comme sur les parties profondes (sans travail pathologique intermédiaire) peut suffire à l'expliquer. Dans ces arrêts de développement *de la peau et des parties molles sous-jacentes*, ce que l'observateur a sous les yeux, c'est le *tissu embryonnaire* lui-même plus ou moins modifié par un travail hyperplasique ultérieur. On peut comparer cet état à l'arrêt de développement des lames ventrales primitives de Rathke amenant certains exomphales. Là, ainsi que tout le

monde l'admet depuis la thèse de M. Duplay, la membrane mince qui recouvre les viscères n'est nullement d'origine pathologique : c'est la lame ventrale primitive de l'embryon.

Pour admettre la théorie de M. Lannelongue, il faudrait des preuves nombreuses et probantes. Or, le fait unique qu'il nous a présenté ne l'est guère. En effet, dans cette observation il y a des ulcérations au niveau de l'anus, ce qui fait naître l'idée d'une lésion pathologique concomitante et accessoire.

Jusqu'à présent, tout porte à s'en tenir à l'ancienne théorie de l'arrêt de développement sans interposition d'un travail ulcératif tout à fait inutile pour expliquer la lésion du tégument.

On peut, il est vrai, se demander quelle est la cause occasionnelle de l'arrêt de développement. Adhérence temporaire de l'amios, vices de circulation des membranes de l'œuf, compression, etc. Mais cela est une autre question : je n'ai eu en vue que le phénomène de l'*ulcération* et de la *cicatrice* admis par mon savant collègue.

M. Lannelongue. Je sais parfaitement que les spina-bifida ne sont pas tous dus à une ulcération des téguments; aussi n'est-ce pas là ce que j'ai dit.

Le spina-bifida, ai-je dit, peut reconnaître différentes origines :

Dans une première catégorie de faits, la plus nombreuse et la mieux connue, les membranes qui enveloppent la tumeur sont absolument intactes. Il est probable que, dans ce cas, le spina-bifida est la conséquence d'une hernie des membranes profondes qui a empêché les arcs vertébraux de se souder l'un à l'autre.

Dans une seconde catégorie de faits, la peau manque complètement à la surface de la tumeur, et est remplacée par une membrane mince, transparente, au travers de laquelle on peut voir le liquide sous-jacent et les éléments nerveux s'ils arrivent jusqu'à la surface de la tumeur. Au pourtour, la peau se termine par un rebord saillant. Les faits de ce genre s'expliquent encore par le mécanisme précédent. Ici, la hernie des membranes s'est opposée non seulement à la soudure des arcs vertébraux, mais encore au développement de la peau qui recouvre la tumeur.

Il est enfin une troisième catégorie de faits fort différents des précédents :

L'enveloppe extérieure de la tumeur est constituée non pas par une membrane transparente, mais bien par un tissu épais, irrégulier, ayant manifestement l'aspect d'un tissu cicatriciel, au milieu duquel on trouve çà et là des îlots de peau saine. Dans ce cas, il est incontestable que la surface de la tumeur porte les traces d'un

travail pathologique, et c'est lui que j'incrimine. Quant à la cause première de ce travail, je serai plus réservé à son égard.

On a incriminé la présence d'adhérences amniotiques; la chose est bien possible, mais je reconnais qu'il y a encore de nombreuses recherches à faire dans ce sens.

M. Pozzi. Je connais les cas dans lesquels la surface d'un spina-bifida est recouverte de tissu inodulaire, indiquant qu'il y a eu, à un moment donné, une ulcération de la tumeur; seulement je me demande si ces ulcérations ne sont pas secondaires. Ne savons-nous pas que la membrane de Rathke, qui recouvre certaines hernies ombilicales congénitales, est susceptible, après la naissance, sous l'influence des irritations extérieures, de se couvrir de bourgeons charnus, qui donnent à la surface de la tumeur un aspect ulcéré? Ce serait même là le mode de guérison de ces tumeurs.

Je persiste donc à croire que la cause première de tous les spina-bifida est un arrêt de développement; je reconnais seulement que cet arrêt de développement peut se compliquer de lésions pathologiques diverses.

M. Trélat. Les interprétations proposées par M. Lannelongue sont possibles dans une certaine mesure, mais il faut avouer quelles soulèvent de bien graves objections.

L'arc postérieur du canal rachidien se ferme à une époque très précoce sur l'embryon humain, probablement à la fin du premier mois, à une époque où la peau n'est pas encore définitivement constituée. Dans ces conditions, je ne m'explique pas comment un arrêt dans la soudure de ces mêmes arcs vertébraux peut, et le spina-bifida qui en est la conséquence, résulter d'une ulcération cutanée agissant de dehors en dedans, suivant la théorie soutenue il y a déjà longtemps par Dupuytren et Cruveilhier. Pour que ces ulcérations fussent efficaces, il faudrait qu'elles se produisent singulièrement tôt; encore est-il que, dans ces conditions, ce n'est pas un spina-bifida qui se produira le plus souvent, mais bien une fistule.

M. Lannelongue. Je ne nie pas la valeur des arguments que m'oppose M. Trélat, mais les faits que j'ai présentés n'existent pas moins. Or, je le répète, étant donné l'état tout particulier des téguments, l'hypothèse la plus rationnelle c'est qu'ils sont liés à une cause pathologique.

M. Terrier présente l'observation de la malade dont il a fait mention à la dernière séance :

Messieurs, dans la dernière séance, à propos d'une très inté-

ressante observation de M. Pozzi, sur l'*influence que peut avoir l'ovariotomie sur les manifestations hystériques*, je vous ai rapporté fort en abrégé un fait qui semble en contradiction avec celui de mon collègue.

Aujourd'hui, je vous apporte la relation complète de cette observation, relation due à mon interne M. Jeanselme.

OBSERVATION. — A.-C. P..., 35 ans, demeurant à Paris, entre dans le service de chirurgie de Bichat le 11 février 1884 (salle Chassaignac, nº 28).

Cette femme, d'un tempérament très nerveux, avait une mère sujette à de fréquentes attaques de nerfs; sa sœur est également hystérique.

La première enfance s'est passée sans accidents nerveux. Vers onze ans, prise d'une colère extrêmement violente, cette malade faillit tuer sa sœur. A seize ans, les règles s'établirent facilement et ne provoquèrent pas de troubles nerveux. Vers l'âge de dix-huit ans apparurent souvent des accès de rire pour des causes absolument insignifiantes.

Mariée à vingt-deux ans, cette femme eut, trois semaines après son mariage, à la suite d'une légère contrariété, une première attaque d'hystérie qui dura trois heures.

Trois mois après environ, le bas-ventre devint sensible, les douleurs, plus vives par moment, irradiaient jusque dans les lombes; il y avait en même temps de la fièvre et du catarrhe utérin : tous ces symptômes cédèrent assez rapidement à l'exception du catarrhe qui persista pendant quelques mois. Ces manifestations du côté des organes génitaux s'accompagnèrent d'attaques : celles-ci revinrent presque tous les jours pendant sept mois, puis elles s'espacèrent et n'apparurent plus qu'aux époques menstruelles.

Cette femme n'a jamais fait de fausses couches, n'a jamais eu de pertes ; elle est devenue deux fois enceinte à 25 et à 28 ans :

La première grossesse n'offre aucune particularité intéressante; elle s'est terminée par l'accouchement facile et à terme d'un enfant mort-né;

La deuxième a été compliquée, au troisième mois, d'une cystite suraiguë qui a duré sept semaines ; l'accouchement très laborieux a nécessité l'application du forceps.

Il n'y a aucun accident nerveux à signaler pendant le cours de ces deux grossesses : ni attaques, ni vomissements, ni salivation.

Il y a deux ans, les crises douloureuses reparurent dans le bas-ventre, elles duraient de quelques heures à quelques jours, revenaient très irrégulièrement tous les quinze jours ou tous les mois ; elles étaient assez violentes pour forcer la malade à garder le lit.

Cet état a persisté pendant quelques mois ; il a ramené les attaques qui ont disparu en même temps que lui.

Il y a quinze mois, à la suite de la mort de son mari, la malade est tombée dans un état de dépression extrême : elle pleurait sans cesse et refusait obstinément de manger, aussi n'a-t-elle pas tardé à maigrir considérablement.

Elle fit même trois tentatives de suicide.

Depuis quatre mois, le ventre augmente graduellement de volume ; tout en restant symétrique, il cause une certaine gêne, mais n'est pas le siège de véritables douleurs.

Il y a une quinzaine de jours, les crises douloureuses ont reparu, le ventre était ballonné, il y avait de la fièvre ; au bout de cinq jours, l'amélioration était notable ; la malade entra à la Pitié dans le service de M. Cornil, lequel reconnut un kyste de l'ovaire. Pendant cette poussée la malade fut prise d'une salivation très abondante qui l'empêchait même de dormir la nuit.

Il n'y a jamais eu de troubles de la digestion, de la défécation, de la miction. Les règles n'ont jamais cessé d'apparaître ; elles sont venues la dernière fois le 1er février 1884.

Le ventre est de volume et de forme ordinaires, on ne constate aucune asymétrie.

Circonférence ombilicale 80 centimètres.

De l'appendice xiphoïde à l'ombilic, 14 centimètres.

De l'ombilic au pubis, 17 centimètres.

De l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 16 centimètres.

De l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 16 c. 5.

L'ombilic n'est pas déformé ; la peau est sillonnée de vergetures dans les régions iliaques et hypogastriques : elle est mince, non œdématiée, ne présente ni veines dilatées, ni varicosités.

La zone de matité est comprise entre trois lignes : deux verticales, élevées l'une de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, l'autre de l'arcade crurale à sept centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et une horizontale passant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La paroi abdominale, très souple, se laisse facilement déprimer : il n'y a pas d'ascite, il existe profondément une masse à fluctuation obscure, occupant exactement la zone de matité : la région hypogastrique, la fosse iliaque droite, la partie inférieure de la région ombilicale.

Le museau de tanche déchiqueté, douloureux à la pression, est dévié et regarde à droite. Le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac postérieur sont un peu élargis, mais surtout abaissés ; on y peut sentir nettement la fluctuation par la combinaison du palper abdominal et du toucher. Le cul-de-sac latéral gauche rétréci présente une bride à son plafond.

L'utérus semble faire corps avec la tumeur, car en mobilisant celle-ci, on entraîne le col de l'utérus.

19 *février* 1884. Opération avec l'aide de MM. Perier, Berger et J. Championnière.

L'incision médiane sous-ombilicale saigne peu. On resèque la graisse sous-péritonéale et on ouvre le péritoine.

Une adhérence épiploïque filiforme est détruite, et le kyste est ponc-

tionné. Trois litres de liquide un peu opalin sont évacués : il s'agit évidemment d'un kyste parovarien.

Attiré au dehors, le kyste offre un large pédicule situé en dedans de l'ovaire droit, lui-même volumineux et polykystique.

On énuclée le kyste de ce large pédicule, formé par un dédoublement des lames péritonéales du ligament large, qu'on ouvre en avant. 2 ligatures en soie sont placées sur ce pédicule ; une 3e ligature, réunie en chaîne aux deux autres, est placée sous l'ovaire kystique qu'on excise aussi.

Le second ovaire (gauche) est sain, mais entouré de brides celluleuses.

Réunion de la paroi par cinq points profonds et trois superficiels, en fil d'argent.

L'opération, faite selon la méthode listérienne, a duré 25 minutes.

Pendant le chloroforme, la phase de l'excitation a été remplacée par une attaque où dominaient surtout les contractions toniques.

19 *février soir*. Quatre vomissements bilieux. Une attaque de nerfs.

Température : 38°,3 ; pouls, 85 ; respiration, 30. Glace, champagne, eau de Seltz.

20 *février matin*. Deux attaques dans la nuit précédente ; pas de douleurs dans le ventre. Une piqûre de morphine en deux fois.

Température : 38° ; pouls, 81 ; respiration, 22.

Soir. Une attaque. Pas de douleur. Une piqûre de morphine.

Température : 38°,5 ; pouls, 85 ; respiration, 24.

21 *février matin*. Douleurs abdominales ; la malade n'a pas rendu de gaz par l'anus, malgré l'introduction d'une sonde. Vomissements bilieux. Deux attaques.

Température : 37°,9 ; pouls 85 ; respiration 22.

Une piqûre en deux fois.

21 *février soir*. Les vomissements et les coliques cessent à la suite de l'expulsion de gaz par la sonde. Une piqûre en deux fois.

Température : 38°,4 ; pouls 85 ; respiration 22.

22 *février matin*. Pas d'attaques, pas de douleur ni de vomissements.

Température : 38°,3 ; pouls 80 ; respiration 22.

Soir. Température : 39°,6 ; pouls 85 ; respiratiou 23. Quelques coliques ; apparition des règles.

23 *février matin*. Pansement : deux fils profonds et trois superficiels sont enlevés. Température : 38°,3 ; pouls 88 ; respiration 24.

Soir. Température : 39° ; pouls 93 ; respiration 24.

24 *février matin*. Température : 38°,5 ; pouls 93 ; respiration 24.

Soir. Température : 39°.

25 *février matin*. Pansement : les 3 fils profonds qui restaient sont enlevés. Un lavement. Température : 39°.

Soir. Température : 39°,4.

26 *février matin*. Température : 37°,6.

Soir. Température : 39°,2.

27 *février matin.* Température : 37°,3. Cinquante centigrammes de quinine tous les jours. Un gramme de bromure de potassium.

La malade urine seule pour la première fois.

Soir. 37°,7.

28 *février matin.* 37°.

Soir. 37°,8.

29 *février matin.* 38°.

Soir. 38°,6.

1er *mars matin.* 36°,8. Terminaison des règles.

Soir. 37°,2.

Depuis l'opération, la malade est gênée par une salivation assez abondante; celle-ci a cédé le 29 février après l'administration d'une potion de Rivière.

Il y a plusieurs jours la malade se plaint de souffrir quelques heures après avoir été à la selle : on constate une fissure à la partie antérieure du pourtour de l'anus, à la base d'une végétation qui la masque en partie. Cette femme est opérée le 11 mars, et on excise au thermocautère la végétation située près de la fourchette.

On peut résumer en quelques mots cette observation, surtout au point de vue tout spécial pour lequel je la communique à la *Société de chirurgie :*

Mme P..., fille et sœur d'hystériques, est très nerveuse; toutefois, à 16 ans,ses règles s'établissent sans phénomènes hystériformes. Mariée à 22 ans,elle eut au bout de trois semaines une première *attaque d'hystérie vraie.*

Des troubles utérins survenus peu après, déterminent une exacerbation des crises, qui, pendant 7 mois, revinrent presque tous les jours. Peu à peu, les accidents sont plus rares et n'arrivent plus qu'au moment des époques.

Deux grossesses à 25 et à 28 ans ne provoquent pas de manifestations hystériques, sauf peut-être de la cystalgie? en tout cas ni vomissements, ni salivation, ni attaques de nerfs.

Il y deux ans, c'est-à-dire à 33 ans, nouveaux troubles utérins et aussi nouvelles attaques hystériques, pendant quelques mois seulement.

La malade s'aperçoit que son ventre augmente depuis 4 mois, mais elle ne se préoccupe de cet état qu'au moment où elle est prise d'une poussée péritonitique.

Or, pendant cette poussée, elle fut incommodée par une salivation excessive, qui l'empêchait de dormir la nuit. C'est la seule manifestation nerveuse à noter depuis 2 ans.

Le professeur Cornil m'adressa cette malade pour l'opérer d'un kyste ovarique évident.

Pendant que notre collègue M. Berger l'endormait, Mme P... eut une attaque d'hystérie très nette, que même entrava un peu l'anesthésie.

L'opération, des plus simples, dura 25 minutes ; il s'agissait d'un kyste parovarien, et en outre l'ovaire correspondant qui était polykystique fut enlevé.

Le soir de l'opération, une attaque d'hystérie ; deux attaques la nuit suivante, une autre le surlendemain, deux autres la nuit du 2e au 3e jour ; puis tout cesse le 3e jour.

La température reste assez élevée sans aucune cause appréciable et soupçonnante du paludisme, on prescrit de la quinine qui réussit bien.

La malade guérit très bien ; mais du 19e jour de l'opération au 29e elle a eu presque constamment une salivation excessive qui la gênait beaucoup et lui donnait des envies de vomir.

Enfin, pour compléter l'esquisse de l'état névropathique, Mme P... se plaint d'une fissure anale très douloureuse pour laquelle elle dut subir l'opération de la dilatation le 11 mars 1884. Or, cette dilatation fut fatalement précédée d'anesthésie, et la malade fut prise d'attaque hystériforme pendant les inhalations de chloroforme. Une autre attaque eut lieu dans la journée.

En résumé, malgré l'ablation d'un kyste parovarien et d'un ovaire malade, Mme P... reste hystérique, et la nécessité de l'endormir une seconde fois vient de nous le démontrer.

Ultérieurement ces accidents diminueront-ils ?

Le fait est possible, mais ne peut être préjugé ; il faut comme pour l'observation de M. Reclus, attendre les événements et suivre de près la malade, ce qui n'est pas toujours facile.

Toujours est-il que dans l'espèce, et contrairement au résultat obtenu par M. Pozzi, l'ablation d'un ovaire malade et d'un kyste n'ont pas fait cesser les manifestations hystériques : elles paraissent même les avoir excitées, à la suite du trauma de l'ovariotomie.

J'ajouterai en terminant que cette observation ne doit être considérée que comme un document pouvant servir à discuter l'opération de Battey, opération dont les indications me paraissent évidentes dans certains cas.

M. Marjolin. Le fait que nous a communiqué M. Terrier me remet en mémoire un cas très intéressant de la pratique de mon père. Il s'agissait d'une dame du monde atteinte d'une fissure anale très douloureuse et qui, sujette à des crises hystériformes intenses et nombreuses, était tombée dans une mélancolie profonde. L'opération de la fissure fut pratiquée, ainsi qu'on la faisait à cette époque, par le débridement : les accidents cessèrent comme par enchantement, les crises d'hystérie disparurent, et la malade recouvra une santé parfaite.

Élection.

Un scrutin a lieu pour l'élection d'un membre titulaire :

Le classement des candidats était fait dans l'ordre suivant :

En première ligne,	MM. Bouilly ;
En seconde ligne, *ex æquo,*	Humbert ;
— — —	Kirmisson ;
— — —	Peyrot ;
En troisième ligne, *ex æquo,*	Henriet ;
— — —	Schwartz.

Nombre des votants, 29 ; majorité absolue, 15.

M. Bouilly obtient 25 suffrages, MM. Humbert et Kirmisson chacun 2.

En conséquence, M. Bouilly, ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire de la Société.

Communication et présentation d'un malade.

M. Verneuil. Je vais vous présenter un jeune homme atteint d'une récidive de polype naso-pharyngien de forme extrêmement rare.

Observation. — *Polype naso-pharyngien, résection du maxillaire supérieur gauche. — Récidive sous une forme très vasculaire.*

Q... (Jules), 19 ans, domestique, entre à l'hôpital de la Pitié (service de M. Verneuil), 18, salle Michon, le 24 janvier 1884.

Les *antécédents héréditaires* de ce malade ne présentent aucun détail intéressant. Tous ses parents sont bien portants. Quant à lui, il n'a eu qu'une pleurésie, rapidement guérie vers l'âge de 11 ans.

Début. — Les premiers accidents qui ont attiré l'attention du malade sur sa maladie actuelle, remontant à 1876, furent la gêne et la difficulté de plus en plus grandes de respirer par le nez, l'enchifrènement, le nasonnement de la voix et des épistaxis légères. L'ouïe du côté gauche s'est rapidement affaiblie, mais le malade n'a jamais ressenti aucune douleur.

Le malade s'aperçut, à l'aide d'un miroir, de la présence d'une petite tumeur dans la narine gauche, ce qui le décida à aller consulter un médecin, lequel tenta de lui extirper sa tumeur avec une pince.

Dans les deux années qui suivirent, la tumeur augmenta de volume, et les autres symptômes devinrent plus accusés (difficulté de respirer par le nez, céphalalgies fréquentes et assez intenses, épistaxis répétées et peu abondantes).

Il n'y avait pas de déformation de la face, sauf une légère exophtalmie du côté gauche.

Le 15 décembre 1878, MM. Sarrazin (de Bourges) et Petitfils de (Vier-

zon), diagnostiquaient un polype naso-pharyngien, et pratiquaient la résection du maxillaire supérieur pour enlever la tumeur. L'opération fut marquée par une abondante hémorragie. La tumeur, très dure, était du volume d'un gros œuf de poule. La guérison fut complète au bout d'un mois; seule, l'exophtalmie persista. L'ouïe récupéra sa finesse normale.

Une année se passa sans accident, puis reparurent les hémorragies répétées par le nez et la bouche et l'accroissement de volume de la joue, dont la tuméfaction est, depuis trois mois, stationnaire.

Actuellement, le malade présente une volumineuse tumeur occupant toute la moitié gauche de la face. Cette tumeur envahit la fosse nasale du côté gauche, et s'enfonce dans les sinus, la cavité orbitaire, les fosses zygomatique et temporale. Elle comble tout l'espace occupé autrefois par l'apophyse palatine du maxillaire supérieur. La joue forme extérieurement une saillie atteignant le volume d'une petite tête de fœtus. Régulièrement tendue, elle est soulevée dans la région temporale par un prolongement de la tumeur, qui s'étend en bas jusqu'à la base de la mâchoire inférieure. Dans le sens antéro-postérieur, elle mesure de 13 à 15 centimètres, et verticalement environ 10 centimètres. La peau, distendue, ne présente pas de changement de coloration; sauf un peu de rougeur due à de très fines arborisations vasculaires. Elle est mobile sur la tumeur. L'exophtalmie est très marquée à gauche, mais n'entraîne aucun trouble de la vue.

A un travers de doigt au-dessous du bord de la paupière inférieure, à la naissance du nez et sous la narine gauche, se dessine la trace cicatricielle de l'opération antérieure. Dans le fond de la narine gauche, se montre une petite tumeur bleuâtre. Une masse molle, d'un rouge vineux, complète la voûte palatine, au lieu et place de la portion enlevée. La muqueuse buccale est rejetée par la tumeur vers les parties inférieure et interne de la bouche.

L'arrière-bouche, le pharynx ne présentent rien d'anormal.

Par la *palpation*, on constate la mollesse de la tuméfaction; et la pression la réduit de plus de moitié. La tumeur est en outre animée de battements isochrones au pouls artériel.

Par l'auscultation osseuse on trouve un souffle doux systolique à chaque battement.

La compression de la carotide primitive du côté gauche ne modifie pas sensiblement ces phénomènes.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Le malade ne ressent aucune douleur, mais il est très incommodé par les battements de la tumeur qui retentissent dans l'oreille gauche.

La respiration par la narine gauche, comme par la narine droite, est impossible.

Quelques épistaxis rares et peu abondantes se sont produites. De temps en temps, petite hémorragie de la partie de la tumeur qui correspond à la voûte palatine.

L'état général est bon. Rien au cœur ni aux poumons.

Les urines sont normales.

4 février. M. Verneuil fait dans la portion palatine de la tumeur une injection avec la liqueur de Piazza. Dans la nuit suivante, il survient des douleurs assez vives, quelques vomissements. La tumeur gonfle un peu. Tout rentre dans l'ordre le troisième jour.

12 *février*. Deuxième injection par la joue : mêmes accidents et plus intenses encore. Légère hémorragie par la bouche.

22 *février*. Troisième injection, sur la joue encore et un peu plus bas. Cette fois, l'injection n'est suivie de presque pas de douleur et d'aucun accident.

La tumeur a augmenté légèrement de volume, surtout vers la région temporale. Elle est moins réductible. Sa consistance ne s'est pas sensiblement modifiée.

M. Verneuil, après avoir présenté le malade et exposé les principaux faits mentionnés dans l'observation, continue ainsi :

Tel est le cas; si j'ajoute que le malade a déjà eu plusieurs hémorragies graves, que celles-ci entraîneront peut-être un jour la mort, j'en aurai assez dit pour vous démontrer qu'une intervention chirurgicale active est nécessaire, mais laquelle ? Je crois que l'on ne doit pas songer à une ablation extemporanée, fût-elle faite avec le thermocautère. Nul doute que le malade ne meure d'hémorragie pendant l'opération ou quelques heures après.

J'avais songé à faire des ligatures préalables destinées à diminuer les chances d'hémorragie pendant cette opération; mais quelle ligature faire, puisque la compression des carotides est sans influence sur les battements de la tumeur ? Faut-il lier les vertébrales ? J'avoue que cela me paraît une bien grosse charge ?

Les injections interstitielles ? Jusqu'à présent elles ne m'ont pas donné de bien bons résultats.

J'avais pensé à fendre largement les téguments de façon à mettre la tumeur à nu et de l'attaquer ensuite en plusieurs temps, à l'aide des caustiques ; c'est là une idée que je soumets à vos appréciations.

Discussion.

M. Després. M. Verneuil nous dit qu'il s'agit chez ce malade d'un polype naso-pharyngien récidivé ; il me permettra d'en douter. Je le fais d'autant volontiers que M. Verneuil n'a pas vu ce malade au début, et que par conséquent les renseignements qu'il nous fournit ne sont pas absolument certains.

M. Verneuil. Les renseignements que j'ai recueillis sont absoment exacts.

M. Després. Pour moi, je pense que le mal a débuté dans le maxillaire supérieur, et que nous nous trouvons en présence d'une tumeur à myélopaxes, tumeur qui ne présente de battements que lorsqu'elle a déjà acquis un certain développement.

En conséquence, le pronostic opératoire me paraît moins sombre que semble le croire M. Verneuil ; l'ablation de la tumeur est très faisable : elle pourrait être pratiquée au thermocautère ou au bistouri, mais je comprends qu'on se rallie à l'opinion formulée par M. Verneuil, et qui consisterait à la larder de flèches caustiques.

Peut-on espérer une ablation complète et une absence de récidive ? Je crains bien que non, mais enfin on peut être autorisé à faire cette tentative, qui seule peut sauver le malade.

M. Trélat. Je ne pense pas que ce soit là une tumeur à myélopaxes, mais c'est là une question qui, dans l'espèce me paraît accessoire. Ce qui domine la situation, c'est que la tumeur est extrêmement vasculaire ; c'est surtout cette considération qui doit servir à formuler un plan opératoire.

C'est également cette considération qui m'empêche de partager la tranquillité d'esprit de M. Després, au sujet de l'hémorragie. Je crois, tout au contraire, que la moindre incision de la tumeur, suffirait pour produire une hémorragie très redoutable, et je n'oserais pas faire cette ablation directe, que notre confrère se sent disposé à tenter.

Dans ces conditions, il est parfaitement indiqué de faire des ligatures préalables. Sera-ce la vertébrale, sera-ce la carotide ? Je n'oserais l'affirmer, n'ayant pas suffisamment examiné le malade ; mais je dois dire qu'il m'a semblé que, contrairement à l'opinion exprimée par M. Verneuil, la compression de la carotide n'est pas sans influence sur le souffle et les battements de la tumeur.

On ne doit pas oublier, d'ailleurs, que cette ligature préalable pourrait être une méthode thérapeutique et que, peut-être suffirait-elle à guérir le malade.

En conséquence, la ligature faite, on lui laisserait produire tout son effet, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que l'on entreprendrait l'ablation.

Je suis également d'avis que, même après la ligature il y aurait lieu de procéder avec prudence à l'extirpation avec des flèches caustiques par exemple.

M. Tillaux. Il m'a semblé également que la compression de la carotide n'était pas sans influence sur les battements et le souffle de la tumeur. Cette considération me porterait à proposer la ligature préalable, que je ferais porter sur la carotide externe.

De même que M. Trélat, je n'oserais pas aborder directement la tumeur, dans la crainte de voir mon malade mourir pendant l'opération.

M. Desprès. On a plusieurs fois enlevé des tumeurs du maxillaire supérieur ayant cette vascularité sans que le danger couru par le malade ait été aussi grand que l'on veut bien le dire. Toutefois, je ne rejette pas les méthodes prudentes, et j'accepterais l'idée d'une ablation faite à l'aide de flèches de Canquoin, bien que ce soit là une méthode prodigieusement douloureuse.

M. Trélat. J'ai vu, il y a quelques années, un malade placé dans des conditions analogues ; son observation a été publiée dans le *Progrès médical* du 8 juin 1878 et à la page 73 de la thèse inaugurale de Henri Bruslé : *De la guérison de certains polypes naso-pharyngiens par les méthodes palliatives et lentes*. N° 347. Paris, 1879.

Les hémorragies étaient formidables; j'attaquai la tumeur avec le galvano-cautère porté au rouge blanc; je multipliai les séances, et j'arrivai à guérir mon malade. Il est vrai qu'il dut rester pour cela pendant deux ans dans mon service.

M. Verneuil. J'ai vu un malade dans les conditions de celui de M. Trélat. Le polype récidiva sous la forme d'un petit bourgeon sur lequel je crus pouvoir appliquer une anse galvanique. L'ablation effectuée, il sortit un jet de sang formidable, que j'eus grand'-peine à arrêter avec des pinces à forcipressure.

Je déclare cependant que les polypes vasculaires que j'ai observés jusqu'à présent étaient bien loin de l'être autant que celui que vous venez d'avoir sous les yeux.

Présentation d'un appareil.

M. Barrère, médecin à Sauternes (Gironde), présente un appareil, *ceinture élastique sans ressort à pelote ferme excavée en cuivre nikelé et double*, pour la contention des hernies inguinales et crurales. Cette ceinture, qui peut rester appliquée jour et nuit, maintiendrait les hernies sans aucune gêne. L'ensemble des deux pelotes métalliques qui sont reliées par une sorte d'isthme, représente une espèce de mors arabe. M. Barrère donne lecture d'une note à ce sujet et dépose un cliché sur le bureau.

La séance est levée à 5 heures 45.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 19 mars 1884.

Présidence de MARC SÉE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° Des lettres de demande de congé de M. LANNELONGUE pendant la durée du concours du Bureau central, et de M. RECLUS, chargé du cours auxiliaire de pathologie externe pendant le semestre d'été ;

3° M. TILLAUX offre de la part de MM. LEFEBVRE et DEBAISIEUX, professeurs à l'Université catholique de Louvain, un *Cours de médecine opératoire* en deux volumes.

M. le président invite M. BOUILLY, nommé membre titulaire dans la dernière séance, à prendre place parmi ses nouveaux collègues.

Lecture.

M. RORERT, agrégé au Val-de-Grâce lit un travail intitulé : *Des fistules uréthro-péniennes consécutives à la constriction de la verge.* — Renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Delens et Tillaux, rapporteur.

Communication.

Anévrisme diffus de la fémorale.

M. DESPRÉS. Je présente à la Société de chirurgie un exemple d'*anévrisme fémoral compliqué* qui a présenté des particularités très instructives.

Observation. — B..., Joséphine, 39 ans, blanchisseuse, d'une bonne santé, n'ayant aucune diathèse, s'aperçut, 9 mois avant d'entrer à l'hôpital de la Charité (le 10 octobre 1883, salle Sainte-Rose, n° 7), qu'elle avait à 3 travers de doigt au-dessous du pli de l'aine une petite boule grosse comme une noisette. Cette petite tumeur augmenta, et lorsqu'elle eut le volume d'un œuf, la malade y sentit nettement des battements. Entrée alors dans un hôpital, Necker a-t-elle dit, M. Trélat aurait fait faire la compression au pli de l'aine. La malade quitta l'hôpital avec sa tumeur et, en s'asseyant quelques jours après, elle sentit un craquement dans la cuisse, qui augmenta notablement de volume. Une ecchymose parut le lendemain à la face interne de la cuisse et dans le creux poplité. L'anévrisme vrai s'était transformé en un anévrisme diffus. Trois jours après cet accident la malade entrait à l'hôpital de la Charité.

Je diagnostiquai de suite un anévrisme diffus en sentant les battements de la tumeur et en constatant l'ecchymose. La malade avait d'ailleurs une teinte sub-ictérique que j'attribuai à l'ictère hémaphéïque. Examinant de plus près, je constatai une tumeur du volume d'une tête d'enfant, dure, à 3 travers de doigt du pli de l'aine et une tuméfaction diffuse de toute la cuisse, plus une ecchymose profonde descendant tout le long de la face interne de la cuisse. La partie dure présentait au palper des battements isochrones au pouls, de l'expansion et un frémissement particulier.

A l'auscultation, on perçoit un bruit de souffle à chaque systole et un léger thrill. La jambe est un peu œdématiée, et les battements de la tibiale postérieure sont faibles.

La compression de la fémorale au pli de l'aine fait cesser les battements dans la tumeur.

Les jours qui précédèrent l'opération, la malade, tenue en observation, outre les quelques douleurs qu'elle éprouvait pendant les mouvements du membre, dormait peu, et ce qui était plus important, elle sentait sa cuisse augmenter de volume. Il fallait se presser. Le 19 octobre, malgré l'apparition des règles, je pratique la ligature de l'artère fémorale sous le ligament de Poupart. La malade chloroformée, je fis une incision de 12 centimètres, non sur le trajet de l'artère, mais bien croisant sa direction : la saillie de la tumeur empêchait de descendre l'incision classique sur le trajet de l'artère ; je me guidai sur les battements de l'artère ; je dus disséquer un ganglion, et je chargeai l'artère, sans voir la veine, sur un double fil de soie ciré. Tout battement dans l'anévrisme avait disparu.

Pansement avec de la charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré. La position du membre maintient les bords de la plaie réunis. Le soir, 37°.

Le 20, 37°,2 ; les battements ont disparu.

Les jours suivants, la malade se trouve bien ; la température oscille entre 37° et 38°,2, mais le 26 la malade se plaint de douleurs vives dans l'anévrisme qui devient absolument fluctuant et douloureux au toucher. La peau amincie et rouge menace de s'ouvrir. Il était clair que nous nous trouvions en présence d'un ramollissement des caillots, prélude

de l'inflammation du sac, accident généralement mortel d'après les observations rassemblées par Broca.

Le 2 novembre, je fis une incision qui donna issue à du sang non poisseux. Le 3, la tumeur a pris un volume énorme; la température s'est élevée à 40° ; l'hémorragie dans le sac était venue s'ajouter, comme c'est la règle, à l'inflammation; je fis néanmoins la compression, la température redescendit à 39°.

Le 5, l'hémorragie continuant, je pris le parti de lier dans l'anévrisme largement le sac par une incision de 15 centimètres; mais le sang coulant en grande abondance, j'agrandis mon incision dans une étendue de 24 centimètres pour faire la ligature des deux bouts du vaisseau dans l'anévrisme, suivant la méthode ancienne. Cette opération fut laborieuse, la malade perdit plus d'un litre de sang et eut deux syncopes pendant l'opération. Enfin, je plaçai deux pinces: une sur le bout supérieur, une sur le bout inférieur de l'artère. Je faisais de la forcipressure. J'aurais voulu lier, autour de mes pinces en place, les vaisseaux, mais il importait que la malade ne perdît pas davantage de sang. Je laissai les pinces en place dans la vaste plaie que je bourrai de charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré.

Le soir, 35°,3.

Le 6, au matin, 38°,2.

Le 7, 39°,6.

Les jours suivants la température oscille entre 37° le matin et 38° le soir.

Le 13 novembre, chute de la ligature de l'artère fémorale.

Le 15, chute des pinces à forcipressure ou pinces hémostaïques; la plaie bourgeonne bien, la malade mange et la température oscille entre 37° et 38°,5; tout faisait espérer le succès, lorsque le 29 novembre, c'est-à-dire 23 *jours* après la ligature des deux bouts de l'artère dans l'anévrisme, nous trouvâmes du sang dans les pinces du pansement. En examinant bien, je trouvai un petit pertuis au niveau du point où avait passé le fil à ligature qui avait serré la fémorale au pli de l'aine: c'est par là que coulait le sang. Je diagnostiquai une hémorragie secondaire tardive fournie par la fémorale profonde. Je tentai d'abord la compression, mais l'hémorrhagie continuant, je revins le soir et je pratiquai une 3e ligature; je fis une incision partant du pli de l'aine et s'étendant dans la direction de la fémorale profonde, me guidant sur le caillot qui remplissait un canal long de 8 centimètres environ ;je tombai sur une artère béante ayant la disposition d'un canon ds fusil, et je vis sortir par un de ces orifices un jet de sang artériel. Je posai une ligature sur chacun des orifices, et, à cause de la présence de tissus lardacés qui environnaient les vaisseaux, j'eus assez de peine pour les séparer des veines. La plaie fut encore pansée avec de la charpie imbibéed'eau alcoolisée.

L'hémorragie s'arrêta, l'honneur de la chirurgie était sauf. Le lendemain de l'opération la température était descendue à 36°.

Le 1er, le matin, 36°.

Le 2, 38° le matin ; à 3 heures, grand frisson de 1/4 d'heure ; 38°,4 le soir.

Le 3, le matin, 40° ; grand frisson de 1 heure; 40° le soir.

Le 4, 39°,5 le matin ; la malade vomit ce qu'elle prend. Champagne ; 38°,6 le soir. Frisson pendant la nuit.

Le 5, 39° le matin, 39°,2 le soir. La plaie est blafarde, la suppuration est tarie.

Le 6, 36°,2 le matin ; 38°,6 le soir. Toujours des vomissements ; plaques gangreneuses sur le pied et la jambe.

Le 7, même état : 39° le matin, 39°,6 le soir.

Le 8, nouveau frisson pendant la nuit, 38°,6 ; mort à 10 heures du matin.

Autopsie.—Abcès métastatiques disséminés dans les 2 poumons. Foie sain, cœur sain.

Du côté de la cuisse nous trouvons :

1° Un caillot solide au lieu où avait été placée la ligature sur la fémorale : un autre caillot solide dans chacun des bouts liés dans l'anévrisme.

2° L'anévrisme siégeait juste au point d'où émerge l'artère fémorale profonde. La pince qui avait porté sur le bout inférieur de l'artère dans l'anévrisme avait coupé une veine.

3° Il y avait du pus dans une veine voisine de l'artère fémorale profonde.

Cette observation porte un intérêt à plusieurs égards :

1° La facilité du rétablissement de la circulation et de la reproduction des hémorragies doit être mise sur le compte de la compression digitale appliquée d'abord et sans succès : la circulation collatérale était trop bien rétablie. C'est au point qu'on pourrait dire que la compression digitale aggrave le pronostic des anévrismes qu'il ne guérit pas.

2° La gravité des opérations sur les tumeurs qui occupent la racine de la cuisse. J'ai enlevé un lipome de cette région et l'opération a éte suivie de septicemie aiguë. La présence de veines nombreuses, de troncs lymphatiques volumineux, qu'il est difficile de ménager entièrement, sont l'origine des accidents graves.

3° La gravité des anévrismes de la fémorale développés au niveau de l'origine de la fémorale profonde.

Enfin, en dernier lieu, l'observation de ce malade vous prouve que l'infection purulente, qui avait un instant disparu de nos salles, y a fait sa réapparition.

Discussion.

M. Trélat. A l'encontre de l'observation de M. Després, je puis lui citer le cas d'un homme atteint d'anévrisme de la poplitée,

traité d'abord par la compression digitale, et chez lequel il se produisit un anévrisme diffus. Le cas était tellement grave, que Broca fut sur le point de proposer l'amputation. Je me contentai de lier la fémorale, et le malade guérit. Il y a sept ans de cela, et depuis cette époque la guérison s'est maintenue.

La série des opérations successives dont M. Desprès vient de nous tracer le tableau a été aussi correcte que possible, et le malade aurait guéri si M. Desprès avait pu prévenir cette infection purulente, qui, quoi qu'il en dise, ne reparaît pas dans nos salles d'hôpital.

Je ne doute pas, en effet, que si M. Desprès avait remplacé ses pinces par des fils, si au lieu de bourrer cette vaste plaie, pleine de caillots sanguins, avec de la charpie, il l'avait remplie de substances antiseptiques, peut-être aurait-il eu à enregistrer un succès, et cela bien que la veine ait été touchée. Combien, en effet, ne lésons-nous pas de veines dans les opérations que nous pratiquons journellement, sans que le malade en éprouve cependant le plus léger inconvénient?

Le cas de M. Desprès est justement un de ces cas graves, à la suite desquels on constate de la manière la plus nette la supériorité incontestable de la méthode antiseptique sur les méthodes anciennes. Il est donc particulièrement regrettable qu'elle n'ait pas été mise à profit dans cette circonstance.

M. Verneuil. Il est certain que l'infection purulente existe, et qu'elle reparaîtra quand on voudra. Il suffit qu'on ne fasse pas ce qu'il faut pour l'empêcher de se développer.

Prenez le plus beau service hospitalier, employez systématiquement dans ce service les anciens pansements, et il ne tardera pas à être empoisonné d'infection purulente. Prenez le service le plus infect de Paris, donnez-moi six mois pour l'assainir, et je vous garantis que l'infection purulente y disparaîtra.

J'affirme qu'en ce qui me concerne, l'infection purulente a disparu de mes salles depuis un grand nombre d'années et rien ne me dit qu'elle y reparaisse jamais.

M. Desprès nous dit que son malade avait un ictère hémaphéique, auquel il ne paraît pas avoir attaché une grande importance. Peut-être est-ce à tort, et j'aurais voulu que l'autopsie spécifiât exactement l'état du foie de ce malade.

Les hémorragies consécutives, en effet, sont fréquemment causées par une lésion hépatique; tout récemment, M. Reclus et moi en avons observé un exemple incontestable.

On ne doit jamais négliger l'examen du foie des malades atteints

d'hémorragie secondaire; et lorsque le malade présente de l'ictère, ce précepte doit être encore bien plus rigoureusement suivi.

M. Perrin. Je me joins à mes collègues, MM. Verneuil et Trélat, pour déclarer, contrairement aux assertions de M. Després, que l'infection purulente ainsi que la septicémie ont disparu à peu près complètement des salles de chirurgie depuis l'emploi des méthodes antiseptiques. Il se présente encore de temps en temps quelques faits isolés; mais la plupart tiennent au tempérament exceptionnellement mauvais des opérés.

Je ferai également remarquer à M. Després que sa manière de voir au sujet de la gravité toute spéciale des opérations pratiquées au pli de l'aine, est absolument contraire aux faits. Les opérations que l'on pratique dans cette région sont fréquentes, et je ne sache pas qu'elles aient amené une plus grande mortalité que les opérations analogues pratiquées sur d'autres régions; mais je tiens surtout à faire quelques réserves au sujet du plan opératoire adopté par notre collègue. Il avait à traiter un anévrisme vrai devenu diffus, qui était situé à quelques centimètres de l'arcade de Fallope et il a appliqué sa ligature au-dessous de cette dernière, dans la région du pli de l'aine, c'est-à-dire à proximité de collatérales multiples, à travers le fascia cribriformis, sillonné de veines et de troncs lymphatiques et dans un point très rapproché de la partie dégénérée, athéromateuse de l'artère. Il eût été préférable, je crois, dans de telles conditions, de remonter plus haut et de pratiquer la ligature de l'iliaque externe, qui a donné fréquemment de très bons résultats dont un certain nombre se trouvent consignés dans nos bulletins.

Puisque l'occasion s'en présente, je demande la permission à la Société d'y ajouter un fait de ma pratique personnelle qui remonte à un certain nombre d'années, mais qui n'a rien perdu de son intérêt.

Observation. — *Anévrisme de l'artère fémorale au-dessous de l'arcade. — Traité sans succès par la compression digitale. — Guéri par la ligature*, par M. Maurice Perrin.

M. de G..., âgé de 30 ans environ, bien portant, lieutenant au 17e de ligne, entra au Val-de-Grâce le 8 juillet 1870 pour un anévrisme siégeant à 0,4 au-dessous du pli crural.

Il fut traité par la compression digitale pendant un mois, grâce au concours d'un nombreux personnel de médecins stagiaires : le traitement était interrompu pendant la nuit seulement. A la fin de ce premier mois la tumeur avait fait des progrès au point de tripler de volume : la main étendue du malade pouvait à peine l'embrasser : elle était

fluctuante dans tous ses points, animée de battements visibles à distance ; la peau qui la recouvrait était amincie et violacée. Une rupture prochaine de la poche était menaçante. Pendant cette période, le membre s'est considérablement amaigri ; la face interne du genou est devenue le siège de douleurs lancinantes, intolérables, que rien ne peut calmer.

Cette première partie du traitement avait été dirigée avec le plus grand soin par mon collègue, M. Mathieu, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Sur ces entrefaites je repris mon service et je jugeai qu'il n'y avait pas de temps à perdre dans la voie restée stérile de la compression. Je pratiquai la ligature de l'iliaque externe par le procédé d'Astley-Cooper le 8 août 1870. Les battements cessèrent immédiatement. Les suites de l'opération furent extrêmement simples : il n'y eut aucune réaction ni locale ni générale ; les douleurs du genou diminuèrent progressivement ce qui permit à l'opéré de prendre un peu de repos.

La plaie de la ligature se cicatrisa sans suppuration, et au 8e jour, 16 août, époque de mon départ pour la campagne de Sedan, il ne restait plus qu'un petit trajet fistuleux occupé par le fil à ligature. Ce dernier, d'après les renseignements qui m'ont été donnés par la suite, est tombé le 18e jour.

A mon retour à Paris, vers la fin de septembre, l'opéré garde encore son petit trajet fistuleux. La tumeur, dont les battements n'avaient jamais reparu, a peu diminué de volume. Sa base est dure ; son sommet mou et fluctuant. Les douleurs du genou ont disparu ; elles ont fait place à une sensation de froid très marqué. Le membre reste amaigri, demi-fléchi et tout à fait impropre à la marche. L'exploration la plus attentive le long de la fémorale, de la poplitée, de la tibiale postérieure derrière la malléole, de la pédieuse ne me fit découvrir de battements artériels sur aucun point.

Je prescrivis au malade des mouvements méthodiques persévérants et du massage. Sous cette influence, la circulation et la nutrition devinrent plus actives, la partie fluctuante de la tumeur disparut et l'opéré qui pouvait à peine appuyer le pied par terre marchait dès les premiers jours de décembre sans appui.

A cette époque la jambe et la cuisse ont repris de l'embonpoint, la tumeur dure, uniformément élastique sans traces de battements est réduite au volume d'une petite orange mandarine.

Les battements artériels ne sont perçus en aucun point du système du membre. M. de G..., n'accusant plus qu'une sensation de froid, intermittente, dans la région du cou-de-pied, quitta l'hôpital pour reprendre son service. Il m'avait bien promis de m'informer s'il survenait quelque accident fâcheux : son silence, et l'avancement dont il a été l'objet, me permettent d'affirmer que la guérison a été définitive.

M. Tillaux. Je crois aussi qu'il eût été préférable, dans le cas de M. Després, de lier l'iliaque externe, et cela non seulement à cause de la possibilité de lésions artérielles, mais encore en raison

de la disposition anatomique du système artériel de la région et de la présence des fort nombreuses branches collatérales.

Le pli de l'aine, en effet, est une des régions les plus défavorables aux ligatures d'artères.

La multiplicité de ces collatérales en cet endroit est telle, que l'hémostase définitive à la suite de ces ligatures est tout à fait exceptionnelle. Le cas de M. Després en est une preuve nouvelle.

M. Berger. L'état des artères au voisinage des anévrismes n'est pas toujours aussi mauvais que paraît le croire M. Perrin. C'est du moins ce qui semble résulter des recherches que M. Kirmisson vient d'entreprendre sur ce sujet.

Je n'en suis pas moins partisan, moi aussi, de la ligature portée sur l'iliaque, par exemple, et cela, comme le dit M. Tillaux, en raison des collatérales. J'ajouterai même qu'à l'heure actuelle, cette ligature peut être plus indiquée que jamais, puisque la facilité avec laquelle nous obtenons la cicatrisation des plaies sans suppuration supprime la plus sérieuse des objections que l'on puisse faire contre cette ligature : la gravité toute spéciale de l'opération qu'elle nécessite.

M. Després. Les objections qui viennent de m'être faites, relativement au siège de ma ligature, seraient parfaitement justifiées s'il s'agissait d'un anévrisme vrai. Mais quand il s'agit d'un anévrisme diffus, comme dans mon cas, les choses sont tout autres : Il est aujourd'hui reconnu que pour de semblables anévrismes, qui s'enflamment presque toujours à la suite de la ligature, le mieux encore est de placer le fil aussi près que possible de la partie malade. D'ailleurs, une autre raison m'a empêché de faire la ligature plus haut : c'est que je comptais en arriver à l'ouverture du sac par la méthode ancienne, procédé qui est le meilleur lorsqu'il est applicable. Or, dans ces conditions, la ligature de la fémorale était la méthode qui me mettait le plus sûrement à l'abri de l'hémorragie pendant l'opération.

J'avoue même que si j'ai un regret, c'est de ne pas avoir ouvert la poche immédiatement après ma ligature, c'est-à-dire avant l'établissement de la circulation collatérale. Si jamais je me trouvais en présence d'un cas analogue, ce serait la conduite que je tiendrais, afin d'éviter l'hémorragie véritablement formidable contre laquelle j'ai eu à lutter pendant l'opération.

Je répondrai à M. Verneuil que le foie a été examiné et qu'il était sain ; il ne contenait pas même d'abcès métastatiques.

Comme toujours, on a incriminé mon pansement, c'est à lui que l'on attribue l'insuccès que j'ai eu à déplorer. Je persiste à

croire que ce pansement n'y est pour rien ; du reste, ma plaie a été pansée avec de l'eau fortement alcoolisée, et il me semble que ceux qui croient à l'antisepsie ne sauraient récuser les propriétés antiseptiques de ce liquide. J'ajoute que jusqu'au moment de la mort, la plaie faite sur l'anévrisme était belle et que l'hémorragie s'est produite par la plaie de la ligature, plaie en grande partie cicatrisée.

J'arrive enfin à la question de l'infection purulente, qui, je le répète, a reparu depuis ces derniers temps dans mes salles, et je prétends que ce qui m'est arrivé, à moi, arrive aux autres. Il me suffira de vous rappeler l'exemple récent du malade dont nous parlait M. Chauvel, et que l'on avait opéré de ganglions strumeux du cou. Il est vrai que l'on ne parle plus d'infection purulente, mais c'est uniquement parce que l'on a remplacé ce mot par celui de septicémie.

Quant aux abcès métastatiques que j'ai constatés à l'autopsie de mon malade, s'ils se rencontrent plus rarement dans vos septicémies, c'est parce que vos malades succombent rapidement avant que ces abcès aient eu le temps de se développer. En d'autres termes, c'est parce que je fais durer mes malades atteints de septicémie que je rencontre des abcès métastatiques en faisant leur autopsie.

M. Terrier. Je désire protester contre de pareilles allégations.

Les hémorragies qui ont amené la mort du malade de M. Desprès, sont dues à l'infection purulente, cela est incontestable, et il y a quelques années, nous voyions souvent des malades mourir dans ces conditions, mais à l'heure actuelle, grâce à nos nouvelles méthodes de pansement, la chose est heureusement fort rare. Elle devrait même ne jamais se produire, et cependant je reconnais que de temps à autre, nous avons à déplorer quelques accidents de ce genre. M. Périer me disait tout à l'heure que depuis sept ans qu'il est à Saint-Antoine, il en a observé deux à trois cas.

La responsabilité de ces exceptions ne saurait toutefois être imputée à ceux des chirurgiens qui pratiquent l'antisepsie. Pour mon compte, je n'hésite pas à l'attribuer à l insuffisance des mesures préventives, dont l'application est tout entière du ressort de l'administration hospitalière.

M. Desprès. Ce n'est pas seulement l'administration qu'il faut incriminer de ces désastres chirurgicaux. Nous devons encore attacher une très grande importance à l'état de santé de nos blessés, avant le moment où ils viennent se confier à nos soins.

La pyohémie, rare chez les individus robustes, habitués à une

bonne hygiène, sera fréquente, au contraire, chez les individus malingres, chétifs, mal nouris, placés dans un milieu contraire à l'hygiène, en un mot chez toute personne en puissance de cet état spécial que l'on désigne sous le nom de misère physiologique.

Lecture.

M. Tillaux. A l'appui de ce qui vient d'être dit en faveur des méthodes antiseptiques, et désirant répondre à l'invitation qui nous a été adressée par notre collègue, M. Després, je vous demande la permission de vous adresser le tableau des opérations importantes pratiquées dans mon service en 1883.

Ce relevé a été fait par l'élève chargé de tenir le cahier d'observation.

Je ne vous donne pas une statistique intégrale de mon service, ce qui serait parfaitement inutile pour le point de vue où nous nous plaçons ici. C'est ainsi que je ne compte pas les ablations de loupes, les opérations d'ongle incarné, les amputations des phalanges, les ouvertures d'abcès, même profonds, les ligatures d'artères dans les plaies, en un mot toutes ces petites opérations qui se font journellement dans un grand service. Qu'il me suffise de dire qu'aucune d'elles n'a donné lieu au moindre accident.

Je ferai remarquer qu'avant l'introduction des méthodes dont il s'agit, l'hôpital Beaujon était considéré comme l'un des plus funestes aux opérés.

Amputations.

8 amputations de cuisse, 6 guérisons, 2 morts.

Les deux morts ont été amputés pour traumatisme et en pleine septicémie aiguë.

4 amputations de jambe au lieu d'élection, 4 guérisons.

Deux de ces amputations ont été faites par mon interne M. Guinard.

1 désarticulation de l'épaule (pratiquée par M. Felizet) 1 guérison.

1 amputation du bras, 1 guérison.

1 amputation de l'avant-bras, 1 guérison.

Résections.

2 résections du genou chez l'adulte, 2 guérisons.

1 résection partielle du coude, 1 guérison.

2 résections du poignet, 2 guérisons.

2 résections du maxillaire supérieur, 2 guérisons.

1 résection des deux derniers métacarpiens pour un volumineux enchondrome, 1 guérison.

1 résection dans la continuité de tibia avec suture des os pour une fracture compliquée, 1 guérison.

2 évidements du tibia, 2 guérisons.

1 trépanation de l'apophyse mastoïde, 1 guérison.

Opérations sur l'abdomen.

8 ovariotomies, 6 guérisons, 2 morts.

2 ablations de sarcome de l'ovaire, 2 morts.

1 laparotomie pour étranglement interne, 1 mort.

6 hernies simples, 4 guérisons, 2 morts.

2 hernies gangrenées, 2 morts. L'une d'elles fut opérée par M. Bouilly qui réséqua environ 87 centimètres d'intestin grêle et sutura l'intestin.

Ablations de tumeurs.

21 tumeurs du sein et de l'aisselle, 20 guérisons, 1 mort. Le cas de mort était un volumineux carcinome ulcéré du sein sur une femme complètement cachectique.

1 myxome de la glande sous-maxillaire, 1 guérison.

1 thyroïdectomie, 1 mort.

3 lipomes volumineux, 3 guérisons.

1 kyste dermoïde du plancher de la bouche, 1 guérison.

1 kyste volumineux de la petite lèvre, 1 guérison.

7 épithéliomas, 7 guérisons.

1 abcès chronique de la bourse sous-deltoïdienne, curage et suture, 1 guérison.

Opérations sur les organes génito-urinaires de l'homme.

2 uréthrotomies internes, 2 guérisons.

1 lithrotritie, 1 guérison.

1 taille hypogastrique, 1 guérison.

1 taille périnéale, 1 guérison.

Organes génito-urinaires de la femme.

1 fistule vésico-vaginale, 1 guérison.

1 opération de Marion Sims pour vaginisme, 1 guérison.

5 polypes utérins, 5 guérisons.

(Je ne fais pas entrer en compte plusieurs petits polypes du col arrachés avec une pince.)

1 curage de la cavité utérine, 1 guérison.

Opérations sur le rectum.

1 rectotomie verticale linéaire, 1 guérison.

10 fistules à l'anus graves, 10 guérisons.

1 section d'un rétrécissement partiel du rectum, 1 guérison.

Opérations sur les yeux.

2 énucléations du globe de l'œil, 2 guérisons.

4 cataractes, 4 guérisons.

1 strabisme, 1 guérison.

Opérations diverses.

1 résection du nerf dentaire dans le canal dentaire, 1 guérison.

1 paracentèse du tympan pour une otite moyenne aiguë, 1 guérison.

1 ouverture d'un kyste synovial du poignet, 1 guérison.

1 ligature de la carotide externe, 1 guérison.

1 section du tendon d'Achille, 1 guérison.

1 section du tendon extenseur du médius, 1 guérison.

Je n'ai observé que deux érysipèles bénins et pas d'infection purulente.

J'ai suivi le plus exactement possible les règles de la chirurgie antiseptique et chaque fois que j'ai pu le faire, j'ai eu recours à la réunion immédiate avec un bon drainage.

Il me paraît de toute évidence, Messieurs, que les résultats obtenus par cette pratique sont notablement supérieurs à ceux que nous obtenions jadis, ce que cette communication a uniquement pour but de démontrer.

M. Perrin. Le document que vient de nous apporter M. Tillaux, me paraît de nature à convaincre M. Després.

Présentation d'un malade.

M. Bouilly présente un jeune homme de 18 ans auquel il a pratiqué le 25 décembre dernier, l'opération d'Estlander pour un empyème chronique datant de cinq ans.

Empyème chronique. — Fistule pleuro-cutanée datant de cinq ans. — Résection de fistules des 6e, 7e, 8e, 9e, et 10e côtes. — Guérison rapide.

X..., de Montesson, âgé de 18 ans et demi, a eu il y a cinq ans, une pleurésie purulente d'abord traitée par la ponction avec l'appareil Potain et quelques jours après par l'incision pratiquée le 28 mars 1879, dans une étendue convenable par MM. les Drs Fourrière de Houilles et Legrip de Chatou. Cette ouverture a été faite entre la 7e et la 8e côte, à 2 travers de doigt environ en dehors de la ligne du mamelon. Après cette opération, l'état général, qui était très mauvais, est devenu rapidement meilleur; au bout de quatre à six mois, la suppuration a notablement diminué et petit à petit la poitrine a commencé à se déformer et à s'affaisser du côté gauche. Mais depuis cette époque, il a persisté, au point où a été pratiquée l'incision de l'empyème, une ouverture fistuleuse qui ne s'est jamais fermée.

Je vois le malade pour la première fois dans le courant de septembre 1883; c'est un jeune garçon de 18 ans et demi, petit, peu développé, maigre et pâle, très affligé de son infirmité contre laquelle tous les moyens ordinaires ont échoué.

L'orifice fistuleux, petit, déprimé, est situé au lieu indiqué entre la 7e et la 8e côte gauche; il donne écoulement à un pus grisâtre, dont la quantité est difficile à évaluer en 24 heures; souvent en effet, l'écoulement reste peu considérable pendant quelques jours pour augmenter tout à coup dans une proportion beaucoup plus grande. L'orifice est occupé par une petite canule en argent d'une longueur d'environ un centimètre et demi qui ne va pas plus loin que le trajet extérieur et qui n'arrive pas jusque dans la cavité pleurale.

L'examen fait à cette époque révèle la même particularité que je retrouve au moment de l'opération le 25 décembre 1883.

Une sonde cannelée recourbée en cathéter introduite dans l'orifice, s'enfonce en haut et en arrière dans l'étendue environ de 7 à 8c; en bas, il est impossible de la retourner; elle se trouve très serrée au niveau de l'orifice qui est singulièrement rétrécie par le rapprochement des arcs costaux. Il n'est donc possible que d'avoir des renseignements très incomplets sur la dimension de la cavité; tout ce qu'on peut inférer de l'examen, c'est que la poche est surtout marquée en haut et en dehors, du côté de l'aisselle, sur un niveau supérieur à celui de la fistule.

L'auscultation permet d'entendre le bruit respiratoire du côté malade dans toute la poitrine, excepté dans une zone située tout autour de la fistule, que l'on peut évaluer à la largeur d'un travers de main dans tous les sens.

M. R. Moutard-Martin, qui a bien voulu nous accompagner, nous assure que d'après les résultats de l'auscultation, il y a une cavité spacieuse en dehors et en haut.

Le côté gauche du thorax est très déformé, les côtes sont rapprochées les unes contre les autres; l'épaule est abaissée et le diamètre

antéro-postérieur de la poitrine est diminué. Il y a aussi un affaissement très marqué au niveau du creux sous-claviculaire avec atrophie du grand pectoral; les muscles du moignon de l'épaule sont aussi atrophiés.

L'état général est assez bon, sauf une maigreur et une pâleur accentuées; il n'y a pas de fièvre; et l'appétit est satisfaisant.

Opération le 25 décembre. M. R. Moutard-Martin, de Paris, M. Fourrière, médecin de Houilles, MM. Carlier et Guinard internes des hôpitaux, veulent bien m'assister.

Anesthésie assez longue et passablement laborieuse, avec d'assez fréquentes menaces de syncope.

Incision en U à convexité intérieure, dont le sommet passe par l'orifice fistuleux et dont les deux branches écartées d'environ 8 à 10 centimètres remontent, l'uue vers le mamelon, l'autre vers l'aisselle.

Dissection du lambeau cutané; cette dissection n'est un peu laborieuse qu'au niveau de l'orifice fistuleux où la peau a contracté des adhérences solides avec les parties profondes.

Incision du muscle sur les 8e, 7e et 6e côtes, qui sont successivement dépouillées de leur périoste avec la rugine ; ces côtes se touchent par leurs bords inférieur et supérieur et sont presque imbriquées. 6 centimètres de la 8e, 5 de les 7e, 3 de la 6e sont réséqués. On peut alors en détachant un peu l'orifice fistuleux, explorer mieux la cavité pleurale et on peut s'assurer que la courbure de la sonde ordinaire d'homme tourne librement en bas derrière les côtes inférieures et que, par conséquent la poche s'étend à ce niveau plus que ne le faisait supposer le premier examen. Il paraît donc nécessaire de réséquer encore une portion de côtes au-dessous du niveau de l'orifice fistuleux; l'incision cutanée est prolongée en bas, 7 centimètres environ sont enlevés sur la 9e côte qui est détachée en avant au niveau de son insertion cartilagineuse et 4 centimètres environ sur la 10e. Toutes ces résections costales se font facilement et sans donner lieu qu'à un écoulement sanguin qui s'arrête spontanément au bout de quelques instants de compression.

Cette grande cavité pleurale me paraît devoir être ~~diminuée~~ à sa partie la plus déclive, l'orifice ancien de la fistule s'épuisant à peu près au milieu de la hauteur de la poche. Pour faire cette contre-ouverture, la sonde d'homme est introduite par l'orifice fistuleux et ramenée dans l'espace intercostal au-dessus de la 10e côte réséquée; les parties musculaires sont déchirées sur le bec de la sonde qui fait relief et un gros drain est passé par cette ouverture. Mais à ce moment apparaît un petit morceau d'épiploon qui fait hernie; il n'est pas douteux que la contre-ouverture faite trop bas a porté à travers les insertions du diaphragme et a ouvert la cavité péritonéale.

Ce petit morceau d'épiploon est immédiatement rentré, le tube à drainage retiré est introduit dans l'ancien orifice fistuleux; le tout est soigneusement lavé à la solution phéniquée à 2 pour 100; une faible quantité de cette solution est injectée dans la cavité pleurale et toute la plaie est suturée sur des drains.

Compression avec des éponges; pansement de Lister.

L'opération a duré une heure un quart.

Le malade est dans un état syncopal assez prolongé; la quantité de sang perdu n'est pas très considérable ; aucun vaisseau de quelque importance ne s'est trouvé ouvert.

Potion avec extrait thébaïque 0,06 c. Bouillon, eau rougie.

26. Mat. P. 106, T. A. 37° 4. État satisfaisant, nuit un peu agitée un seul vomissement muqueux.

Je vois le malade à 5 heures du soir. Légère douleur à la pression dans la région des fausses côtes gauches et dans le flanc gauche. T. A. 37° 5.

Pas de tendance au vomissement; légère anxiété respiratoire.

27. Mat. T. A. 37° 5. Soir 37° 9. Premier pansement. Les pièces du pansement sont imbibées d'une assez grande quantité de sérosité sanguinolente ; pas de pus. État général assez bon.

Tout est en bon état; les tubes sont raccourcis après lavage.

Le gros tube pleural est beaucoup raccourci; lavage dans la plèvre avec une demi-seringue d'eau phéniquée à 1 pour 100; celle-ci rendit presque immédiatement.

28. T. A, M. 37° 2, Soir 38.

29. 37°6. Pansement par le Dr Fourrière.

Soir, id.

31. Je revois le malade. L'état général est parfait ; le malade ne se plaint que d'être condamné au lit; il a appétit.

Pansement. Toutes les incisions superficielles sont réunies par première intention et sans présence d'*une seule* goutte de *pus;* une très faible quantité de liquide séro-purulent s'est échappé par le drain pleural.

Tous les fils d'argent et tous les drains, excepté le drain pleural, sont supprimés. Celui-ci est raccourci encore.

Pansement comme à l'habitude avec 3 ou 4 éponges compressives sur la région opérée. Par-dessus l'ensemble du pansement, j'applique une bande élastique de 5 à 6 millimètres de long, de manière à exercer une bonne compression pour faciliter l'affaissement du thorax et l'évacuation du sac pleural.

Le résultat actuel est on ne peut plus satisfaisant; l'opération a été faite le mardi 25, et aujourd'hui 31, le malade peut être considéré comme tout à fait guéri de son opération. C'est à la suite à nous montrer le résultat thérapeutique, à savoir, l'oblitération et la suppression de la cavité pleurale suppurante.

14 *janvier.* — Le tube est retiré ; raccourci successivement dans les pansements qui ont précédé, il ne peut être réintroduit aujourd'hui.

6 *février.* — Depuis au moins quinze jours, le malade sort tous les jours. Il est parfaitement bien.

Il y a toujours au niveau de l'ancienne fistule une petite quantité de suppuration. Une sonde cannelée introduite à ce niveau ne décèle pas de trajet et ne s'enfonce pas à un demi-centimètre, elle arrive sur une

surface dure et résistante qui pourrait bien être une portion de côte dénudée. Pansement avec un tampon de coton imbibé de solution phéniquée à 2 pour 100.

La respiration s'entend faible dans toute l'étendue de la région opérée, de sorte qu'il n'y a aucun doute à avoir sur le rapprochement qui s'est fait entre la paroi et le poumon.

L'état général du malade est très bon, mais le trouvant pâle et maigre, je lui prescris *deux* cuillerées d'huile de foie de morue à prendre chaque jour.

15 *février*. — La suppuration tout à fait insignifiante depuis quelques jours est tarie, de sorte qu'il n'y a plus à penser à l'hypothèse d'une dénudation osseuse que j'avais soulevée.

Depuis ce moment, le malade qui ne s'est pas trouvé aussi bien portant ni aussi fort depuis longtemps, va aider ses parents dans leurs travaux des champs, recommence à bêcher, etc; il se trouve absolument bien.

7 *mars*. — Le jeune X. vient me voir à Paris; il a fait à pied, sans fatigue, la route de Montesson à Rueil, pour prendre le chemin de fer, soit 4 kilomètres, et la fera de nouveau en s'en allant. Tout est absolument fini, comme le malade me l'avait annoncé.

La dépression de la région opérée est très manifeste, et cependant les parents du malade affirment que son attitude est moins mauvaise qu'avant l'opération et qu'il est moins incurvé à gauche qu'il ne l'était auparavant.

Toute la région est sonore; la respiration s'entend distincte et faible, excepté dans l'étendue d'une pièce de 5 francs environ au niveau du point occupé autrefois par la fistule.

En résumé, malgré une complication opératoire, l'ouverture du péritoine, facile à prévoir et à éviter et dont je m'accuse bien volontiers, les résultats immédiats et consécutifs ont été aussi satisfaisants que possible.

Cette ouverture du péritoine doit être due soit au refoulement et à la déchirure du diaphragme ou être liée à l'absence assez fréquente de faisceaux musculaires entre la 11e et la 12e côte, point où le péritoine et la plèvre se trouvent alors en contact immédiat.

La température fut toujours normale ; le drain pleural était retiré 20 jours après l'opération; les incisions superficielles se réunissaient toutes par première intention et la cavité suppurante était oblitérée très rapidement, elle pouvait être considérée comme supprimée, le jour où le drain ne pourrait plus être introduit (20e jour).

La petite suppuration superficielle qui persista encore quelque temps au niveau de l'ancien orifice fistuleux était due à un bourgeon charnu qui ne résista pas à quelques cautérisations au nitrate d'argent

Je pense trouver les raisons de ce succès dans plusieurs éléments que j'énumérerai en peu de mots :

1° L'excellent milieu de la campagne dans lequel se trouvait l'opéré ;

2° Sa jeunesse, grâce à laquelle les arcs costaux peuvent facilement et rapidement se déprimer;

3° La grande étendue de la résection (5 portions de 5 côtes), comparée à la faible surface de la cavité suppurante ;

4° L'antisepsie rigoureuse et la compression méthodiquement employée avec des éponges et la bande de caoutchouc pendant tout le traitement.

Discussion.

M. Berger. — Je ferai remarquer que dans le cas qui vient d'être présenté, une large part du résultat heureux revient évidemment au jeune âge du malade, car l'empyème était très ancien.

Sur l'un des deux malades auxquels j'ai pratiqué la même opération et que j'ai présentés à la Société de chirurgie, un phénomène singulier s'est produit au point de vue des dimensions de la poitrine : immédiatement après la guérison, la rétraction thoracique était de 7 centimètres, tandis que trois mois après il n'y avait plus que 2 à 3 centimètres de rétrécissement de la poitrine, le poumon d'un côté avait repris une grande ampliation.

Le malade que j'avais présenté comme un exemple de guérison incomplète, est complètement guéri depuis trois mois.

La séance est levée à 5 heures 3/4.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 26 mars 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° Les années 1881-82-83 de la *Revue Médicale de la Suisse Romane*;

3° M. le baron Larrey offre à la Société les bustes de Jules

Cloquet, membre honoraire de la Société, de Clot-bey, correspondant national et de Dieffenbach, correspondant étranger ;

4° M. le baron Larrey, offre les comptes rendus de l'*Académie des sciences* et les *Bulletins de l'Académie de médecine* de 1883 ;

5° M. le Dr Grenell, de Gérardmer, envoie une brochure intitulée: *De l'hydrothérapie dans le traitement du goître exophtalmique* ;

6° M. le baron Larrey offre à la Société le recueil des thèses soutenues par M. Cloquet ;

7° M. Verneuil offre à la Société deux brochures intitulées :

a. *Du paludisme considéré au point de vue chirurgical*;

b. *De l'asphyxie locale et gangrène palustres* (en collaboration avec M. L.-H. Petit).

A propos du procès-verbal.

M. Després. M. Verneuil a dit qu'il se faisait fort de chasser l'infection purulente des salles d'hôpital les plus infectées, il déclare même la chose facile. Comment se fait-il alors qu'il se trouve consigné dans les journaux périodiques et en particulier dans les *Bulletins de la Société anatomique* plusieurs observations d'infection purulente prises dans les services de certains de nos collègues en l'année 1883 ?

M. Trélat. L'infection purulente n'est pas une maladie qui a pris congé, c'est un ennemi toujours vigilant qu'il faut combattre. C'est une complication des plaies toujours prête à reparaître si l'on n'y prend pas garde.

M. Verneuil. J'ai publié en effet une observation d'infection purulente, mais si M. Després avait lu avec soin la *Revue de chirurgie*, il y aurait vu que la malade était morte après une cautérisation du col utérin. Je ne vois pas que cette observation puisse servir à critiquer la méthode antiseptique, mais elle prouve que l'infection purulente est sans cesse au-dessus de notre tête. Il y a toujours des cas d'infection purulente, mais les chirurgiens qui emploient les moyens antiseptiques en ont rarement ; les chirurgiens qui négligent ces précautions en ont davantage.

M. Després. Le malade de M. Verneuil auquel je faisais allusion, avait subi une opération sur la langue et était mort d'abcès métastatiques et de suppurations articulaires. C'était à propos de lui que

M. Verneuil disait : Il y a toujours de l'infection purulente et elle se révèle de temps à autre dans nos salles.

Pour moi, dans mon service, l'année dernière je relève trois cas d infection purulente, qui sont les suivants :

Le premier se rapporte à une femme ayant une nécrose osseuse formant séquestre et communiquant à l'extérieur par une large plaie ouverte ;

Le second a trait à un malade porteur d'un vaste abcès ossifluent venu d'un mal de Pott. L'abcès s'ouvre et dès lors se révèlent tous les symptômes de l'infection purulente : frisson, abcès métastatique et mort.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'un phlegmon diffus qui est encore dans mes salles. Le malade se meurt en ce moment d'infection purulente.

A propos de ce dernier fait, je dirai même que ces phlegmons diffus sont rares et qu'aujourd'hui il ne nous est pas donné souvent d'en observer.

En face donc de ces trois malades atteints d'infection purulente, bien que je les aie pansés de la même manière que mes autres opérés, je me dis qu'il y a eu, en dehors du pansement, une influence nocive dont on ne veut pas assez tenir compte; cette influence est tout entière dans les conditions atmosphériques plus ou moins mauvaises, et aussi dans les conditions hygiéniques défectueuses qui sont l'attribut de notre clientèle de l'hôpital.

M. Berger. Je suis étonné de voir M. Després considérer le phlegmon diffus comme un fait rare; dans le service à côté du sien, j'en vois à tout instant, ainsi que des angioleucites graves et mêmes parfois gangréneuses.

M. Després. Je voudrais pouvoir produire mes registres de l'hôpital Cochin, comparativement à ceux que j'établis en ce moment à la Charité, et on y verrait qu'actuellement on y relate beaucoup d'affections qui n'étaient pas observées autrefois.

M. Trélat. Ces faits que M. Després voit en ce moment dans son service, nous les voyions autrefois, nous aussi. J'ai observé jadis une mort par infection purulente à l'occasion d'un simple panaris presque guéri. Nous disions alors aussi : conditions atmosphériques mauvaises; mais depuis l'introduction des moyens antiseptiques, nous n'avons plus ni ces accidents, ni ces prétendues mauvaises conditions.

M. Després. Je répondrai à M. Trélat qu'autrefois on mourait

moins que maintenant du croup et de l'infection puerpérale. Pourquoi la mortalité augmente-t-elle dans ces deux maladies? La raison est la même que pour l'infection purulente; il faut la chercher dans la mauvaise constitution générale qui règne actuellement plus qu'il y a vingt ans.

M. Trélat. On ne peut discuter à propos du croup qui est une affection contre laquelle nous sommes impuissants; mais à l'égard de l'infection puerpérale je ne comprends pas que M. Després la prenne pour exemple, quand on voit que c'est justement dans cette maladie que la méthode antiseptique a remporté ses plus brillants succès entre les mains des accoucheurs.

M. Després. Il y a cette semaine 7 décès de fièvre puerpérale; ce chiffre se trouve sur le bulletin statistique de la ville de Paris.

M. Guéniot. Ce ne sont pas tous des cas de fièvre puerpérale, il y a également des ruptures utérines rangées sous la rubrique d'affections puerpérales.

Lecture.

M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), lit une observation qui a pour titre: *Anévrisme diffus primitif de l'axillaire, abcès, tamponnements, guérison.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de:

MM. Després,
Duplay,
Tillaux, rapporteur.

Lecture.

M. Kirmisson lit un travail intitulé: *De la ligature de l'iliaque externe dans les anévrismes inguinaux.*

Ce travail est renvoyé à une commission ainsi composée:

MM. Bouilly,
Monod,
Berger, rapporteur.

Communication orale.

M. Terrillon communique une observation intitulée :

Observation. — *Épithélioma de l'extrémité supérieure de l'œsophage et de l'extrémité inférieure du pharynx. — Difficulté progressive de la déglutition. — Menaces de mort pour inanition. — Gastrostomie. — Mort après 52 heures sans phénomènes de péritonite, mais avec des accidents cérébraux*, par M. Terrillon.

Il s'agit d'un homme de 61 ans, toujours bien portant, qui commença à éprouver, au mois de juillet 1883, quelques troubles de la déglutition. Il commença d'abord par avaler difficilement les aliments solides. Petit à petit la déglutition devint plus difficile, légèrement douloureux et le malade commença à maigrir.

Vers le commencement de novembre, à la suite d'un vomitif qui lui fut ordonné par un médecin, le malade vit son état s'aggraver, car la déglutition des liquides devint seule possible.

Bientôt même, il n'avala ces derniers qu'avec une certaine difficulté, car une partie était rejetée par régurgitation. Enfin, depuis trois semaines ou un mois, outre ces régurgitations, il éprouva un autre symptôme très gênant, qui consistait dans des accès de toux très violents, dus au passage d'une certaine quantité de liquide dans la partie supérieure du larynx.

Il n'eut qu'une ou deux fois quelques crachats sanguins, mais aucune hémorragie véritable.

Lorsqu'il entra dans le service de la Charité, il était amaigri, mais encore vigoureux, et souffrant considérablement de cette difficulté accompagnée de douleur et d'accès de toux qui gênaient la déglutition.

Aussi le malade réclame-t-il avec énergie qu'on fasse quelque chose pour le soulager.

L'examen local permet de reconnaître extérieurement une tuméfaction, cependant peu prononcée, qui occupe la partie postérieure du larynx. Il n'y a pas de ganglions dans la région du cou.

Avec le doigt introduit profondément dans le pharynx, on sent à l'extrémité inférieure de cet organe des bosselures saillantes, mamelonnées, dures, qui obturent presque complètement l'orifice de l'œsophage. Elles sont à peine saignantes. Aucune sonde ni bougie petite ne peut être introduite dans l'œsophage.

En présence de la vigueur relative du malade, des phénomènes extrêmement douloureux qui accompagnent la déglutition, de son désir d'être soulagé, et enfin après avoir pris l'avis de M. Féréol, qui m'avait adressé le malade. je me décide à pratiquer la gastrostomie.

Le 10 mars, le malade étant endormi, je pratique une incision sur le bord interne des cartilages costaux du côté gauche en suivant exactement les préceptes donnés par M. L. Labbé. Je pus arriver avec la plus

grande facilité sur le péritoine qui fut ouvert dans une étendue de 5 centimètres environ. L'estomac se présenta immédiatement à l'orifice. Il était aplati et complètement vide. Après l'avoir reconnu par l'inspection, la direction de ses vaisseaux, et au moyen du doigt introduit dans l'abdomen et qui avait pu reconnaître la petite courbure, je le fixai au bord de la plaie au moyen de 10 points de suture, avec des fils d'argent.

Étant bien certain que la cavité péritonéale était oblitérée, je fis une légère incision dans le centre de la partie de l'estomac comprise entre mes sutures, et je pus introduire facilement une sonde en caoutchouc rouge dans la direction du cardia. Elle fut fixée aux lèvres de la paroi abdominale avec un point de suture. Ce qui me frappa le plus, lorsque je fis l'incision de la paroi stomacale, ce fut la minceur relative qui m'aurait fait craindre un moment d'avoir pénétré daus le gros intestin, si je n'avais pris les précautions les plus minutieuses pour m'assurer que c'était bien l'estomac que j'avais fixé.

Le malade se réveilla assez rapidement; mais les extrémités étaient légèrement froides, et on eut de la peine à le réchauffer. On fit une injection dans l'estomac d'une potion de Toold de 150 grammes. Malgré cela, le malade était très faible, on pratiqua alors trois injections d'éther, et on vit se développer quelque temps après une monoplégie brachiale, suivie quelque temps après d'une paralysie de la jambe, puis de la face.

Dans la soirée, on injecta dans l'estomac environ un demi-litre de lait dans lequel on avait mis deux jaunes d'œuf. Cette injection ne produisit aucun malaise au malade, et la digestion se fit avec facilité. Vers minuit, une injection semblable, mais moins abondante, fut pratiquée et eut le même résultat. Le malade semblait mieux, mais l'hémiplégie persista.

11 *mars*. — Le malade se plaint de douleurs dans la région de la plaie, mais sans douleurs abdominales. On fait dans la journée deux injections de liquides alimentaires qui sont bien supportées. Le soir, les douleurs cessent. L'affaiblissement s'accentue dans la soirée et dans la nuit, et le lendemain (12 mars), le malade meurt à midi, après une période de coma d'une douzaine d'heures.

Autopsie. — On trouve au niveau de la plaie une adhérence complète des surfaces péritonéales sans aucune trace de péritonite.

L'examen du pharynx confirme ce qu'avait indiqué l'introduction du doigt dans cette région.

Les reins étaient atteints de néphrite interstitielle très accentuée.

On n'a rien trouvé dans le cerveau qui pût expliquer l'hémiplégie.

Les particularités intéressantes que j'ai à mettre en saillie dans cette observation sont multiples, aussi je ne ferai que les indiquer rapidement.

Quand j'entrepris l'opération, je la considérai comme un palliatif de même ordre que l'opération d'anus contre nature qu'on pratique

assez souvent pour le cancer du rectum avec rétrécissement. Malgré l'insuccès de l'opération dans le cas présent, je considère que cette opération présente toujours les mêmes indications, d'autant plus que la mort rapide qui est survenue chez mon malade n'a pas été due à l'opération elle-même en tant qu'opération intra-abdominale, puisque ni pendant la vie, ni après la mort, nous n'avons constaté de traces de péritonite.

L'opération fut ici d'une grande simplicité, la paroi stomacale se présenta facilement à l'ouverture abdominale. J'eus des doutes sur la nature de cette paroi seulement au moment d'ouvrir l'estomac à cause de la minceur des tuniques qui contrastaient avec l'épaisseur ordinairement indiquée par les auteurs.

Ici je ne pus penser un instant à employer la méthode préconisée par quelques chirurgiens, laquelle consiste à n'ouvrir l'estomac que quelques jours après l'opération, alors que des adhérences se sont établies avec la paroi abdominale. Le malade était trop affaibli et avait des accès de toux beaucoup trop prononcés à chaque déglutition pour tenter cette méthode : les accès de toux auraient eux-mêmes eu un inconvénient très grave pour les sutures.

Je n'hésitai pas à donner immédiatement après l'opération une injection intra-stomacale d'une potion alcoolique et bientôt après une injection avec du lait et des jaunes d'œufs délayés. Cette pratique eut un résultat excellent, puisque l'estomac put digérer avec la plus grande facilité le liquide ingéré dans son intérieur et que le malade qui garda sa connaissance jusqu'à quelques heures avant la mort ne se plaignit d'aucun inconvénient de ce côté.

En résumé, il me semble que dans un cas analogue, je n'hésiterais pas à suivre la même conduite, espérant que des accidents intercurrents ne viendraient pas compromettre les résultats d'une opération simplement palliative, mais souvent réclamée par les malades avec un grand désir et une grande énergie à cause des douleurs qu'ils éprouvent à chaque tentative de déglutition.

Discussion.

M. Berger. Je demanderai à M. Terrillon pourquoi, à l occasion d'une tumeur du pharynx, il a préféré la gastrostomie à l'œsophagotomie qui offre une mortalité moindre que la première opération.

A propos du manuel opératoire, je rappellerai que dans l'opération de MM. L. Labbé et Verneuil, on tombe dans le voisinage de la région pylorique; dernièrement, M. Larger a proposé de chercher à se rapprocher du cardia, ce qui ne peut se faire sans effectuer

quelques tiraillements sur la paroi stomacale; ces tiraillements qui se font dans la suite sentir sur les sutures, sont dangereux et susceptibles d'amener de redoutables accidents.

Quant aux phénomènes d'hémiplégie, il en a été observé de semblables en 1873, par M. Nicaise, dans des cas de hernies étranglées, mais ces observations manquent de constatations nécroscopiques.

M. Tillaux. Je ne crois pas qu'il soit jamais difficile de reconnaître l'estomac; cet organe a une physionomie spéciale, il est plat comme un galet, le côlon, au contraire, est inégal, bosselé.

En ce qui concerne la difficulté que l'on éprouve à trouver l'estomac, difficulté qui ne s'explique pas si l'on tient compte des rapports anatomiques de l'organe, tels qu'ils sont indiqués dans nos livres, je ferai la remarque suivante :

La position de la petite courbure représentée sur nos livres par une ligne horizontale, est erronée. Cette ligne, comme l'a parfaitement montré le professeur Lescoff, est presque verticale, de telle sorte que la grande courbure est placée en entier à gauche. Ceci explique pourquoi lorsqu'on se rapproche tant soit peu de la ligne médiane, l'incision porte très près du pylore[1].

M. Desprès. J'ai vérifié cette obliquité de la petite courbure chez un malade mort dans mon service à la suite d'un rétrécissement de l'œsophage consécutif à l'absorption d'une certaine quantité de vitriol.

Après des tentatives infructueuses de dilatation, j'avais eu l'intention de faire la gastrostomie, après introduction préalable de gaz dans l'estomac, suivant la méthode préconisée par M. Félizet, mais le malade mourut de péritonite.

Sur le cadavre, j'enfonçai un bistouri perpendiculairement à la paroi abdominale, et dans le lieu où l'on fait habituellement l'incision pour aller à la recherche de l'estomac. Mon instrument passa à côté de l'organe.

Ceci prouve que quand on fait l'opération sur un malade dont l'estomac est depuis longtemps vide d'aliments, il faut toujours aller à la recherche de l'estomac, au fond de la plaie. Il ne se présente pas directement à l'opérateur, qui doit, pour le trouver, écarter le gros intestin.

M. Tillaux. Ce fait prouve la rétraction extrême de l'estomac

[1] Ces détails sont consignés dans la traduction russe de la 3e édition du *Traité d'anatomie* de M. Tillaux (chapitre de l'Estomac).

de ces malades depuis longtemps à l'état d'inanition. Le côlon qui prend la place de l'estomac n'augmente pas beaucoup la difficulté opératoire ; il est facile de reconnaître le côlon et de l'abaisser.

M. Terrillon. J'ai longuement discuté la possibilité de faire l'œsophagotomie sur mon malade, mais j'ai abandonné cette idée, parce que la tuméfaction qui correspondait au cancer descendait trop bas et qu'il m'était impossible d'en fixer les limites inférieures.

Je suis d'accord avec M. Tillaux sur le fait anatomique. Je dois même dire que mon doigt ayant été introduit dans la plaie, c'est à la direction verticale de la petite courbure que j'ai reconnu que j'étais sur l'estomac et non pas sur une autre partie du tube digestif.

Pour ce qui est de l'ouverture stomacale, à moi aussi il me paraît difficile de suivre le précepte proposé par M. Larger, et qui consiste à attirer l'estomac de façon à l'ouvrir autant que possible sur sa grande courbure ; une pareille manœuvre ne peut se faire sans des tiraillements qui compromettraient singulièrement le succès de l'opération.

M. Larger. Je n'ai jamais prétendu qu'il fallait aller quand même à la recherche de la région cardiaque. J'ai dit que c'était là un idéal dont il fallait se rapprocher, afin de ne pas faire porter la fistule à l'union de la portion pylorique et de la portion cardiaque. Il reste entendu que si, pour obtenir ce résultat, il faut tirailler l'organe, le mieux est d'ouvrir l'estomac en face de la plaie pariétale.

Présentation d'une malade.

M. Paul Berger *présente une malade atteinte d'une tumeur occupant le lobe droit du corps thyroïde, avec exophtalmie et perte de la vision de l'œil correspondant.*

M. Berger. Les troubles dont se plaint cette malade et sur lesquels je désire appeler votre attention, sont d'une interprétation difficile : c'est néanmoins d'elle que dépendra la détermination qu'il s'agit de prendre. Ce n'est, du reste, pas la première fois qu'un fait de cet ordre se présente à mon examen, et je rappellerai sommairement tout à l'heure un cas que j'eus l'occasion d'observer l'année dernière, cas fort différent en apparence, mais où la relation entre

la tumeur du corps thyroïde et les désordres de l'appareil visuel, présentait le même caractère insolite et les mêmes obscurités.

La malade que vous allez voir, est âgée de 37 ans: elle est mariée depuis l'âge de 18 ans, elle a eu six enfants, dont deux sont morts dans des convulsions; jamais elle n'a présenté de troubles de la fonction menstruelle ni de désordres de la santé autres que ceux que je vais rappeler: à l'âge de 15 ans, elle eut une fièvre typhoïde grave qui la laissa longtemps affaiblie; elle était remise pourtant, quand, vers ses 18 ans, elle remarqua au côté droit du cou une tuméfaction qui augmenta graduellement jusqu'à dépasser le volume d'un œuf de poule.

Il y a 3 ou 4 ans, apparurent des douleurs vives dans le côté droit de la tête; ces douleurs avaient le caractère de battements et s'accompagnaient parfois de vomissements; peu après, la tumeur du cou lui sembla prendre plus rapidement du volume, l'œil correspondant devint saillant, la vision s'affaiblit, et la malade s'aperçut un jour qu'elle n'y voyait plus du tout de l'œil droit.

Telle que vous pouvez l'observer, la tumeur occupe la partie latérale droite du cou; recouverte par le sterno-mastoïdien, elle dévie, vers le côté gauche, la trachée et le larynx et elle paraît refouler l'artère carotide dont les battements se font sentir en arrière d'elle. Elle s'étend de l'articulation sterno-claviculaire au bord supérieur du cartilage thyroïde; sa forme est ovoïde, à grosse extrémité dirigée en bas; sa consistance dure et lobulée. Elle suit l'ascension du larynx dans les mouvements de déglutition, et paraît parfaitement indépendante des parties voisines auxquelles elle n'adhère nullement; les doigts qui l'explorent circonscrivent partout ses limites; elle ne présente d'ailleurs ni battements, ni souffle et elle est absolument indolente; il est donc certain que cette tumeur s'est développée dans le lobe droit du corps thyroïde.

Aucun phénomène de compression n'existe du côté du cou; il n'y a ni gêne de la déglutition, ni gêne respiratoire d'aucune sorte; la voix est et a toujours été normale. La circulation du cou et du côté correspondant de la face n'est pas modifiée; il n'y a ni dilatation des veines, ni battements exagérés des artères.

Ce qui attire dès l'abord l'attention c'est l'existence, du côté droit, d'une exophtalmie assez notable, exophtalmie directe, sans que l'on remarque d'ailleurs de gonflement, ni d'œdème des paupières. L'œil est manifestement saillant, la conjonctive bulbaire est très légèrement injectée, mais il n'y a pas de chémosis et les culs-de-sac conjonctivaux sont libres. Les mouvements de l'œil peuvent se faire en tous sens, pourtant ils paraissent un peu limités, surtout en dehors. La cornée a son aspect normal; l'iris est mobile et se contracte à droite comme à gauche sous l'influence de

la lumière. Mais la vision est abolie du côté droit, et c'est à peine si la malade peut accuser l'existence d'une lumière que l'on promène devant l'œil. L'examen ophtalmoscopique ne m'a révélé aucun trouble des milieux ; mais quoique la papille présente au centre son aspect normal et que l'aspect de ses vaisseaux ne m'ait pas paru modifié, ses contours extérieurs sont masqués par de l'œdème péripapillaire, et sur le côté externe de sa circonférence, on peut nettement apercevoir quelques extravasations sanguines. Ces caractères, en révélant l'existence d'une neuro-rétinite, donnent la raison de l'abolition presque complète de la vision du côté droit.

Depuis quelque temps, la narine est bouchée du côté droit, et la malade ne peut aspirer et expirer l'air que très difficilement de ce côté. L'examen des fosses nasales par l'exploration antérieure m'a fait constater un accolement du cornet moyen à la cloison qui ne permet pas de juger s'il existe une lésion plus profonde. Le doigt introduit dans l'arrière-gorge peut atteindre l'orifice postérieur des fosses nasales sans y rencontrer aucune tumeur; du reste, la voûte palatine n'est pas déformée et s'il paraît y avoir un peu de gonflement de la région malaire au premier abord, la palpation ne permet de reconnaître en ce point aucune déformation de la face antérieure du maxillaire supérieur droit.

L'état général de la malade ne présente d'ailleurs aucun désordre particulier à noter, si ce n'est l'existence d'un souffle léger à la pointe du cœur, souffle qui trahit certainement une lésion valvulaire.

Tels sont donc, Messieurs, les phénomènes pathologiques: tumeur thyroïdienne ancienne siégeant du côté droit, ayant dans ces derniers temps subi un accroissement plus rapide — et une exophtalmie, avec perte presque complète de la vision du même côté, dont le développement a coïncidé avec celui de la tumeur. Entre ces deux ordres de phénomènes, la relation me paraît indiscutable; reste à savoir quelle est cette relation, et pour l'établir, à quelle variété de tumeur nous avons affaire.

Malgré la coexistence de ces trois termes, tuméfaction thyroïdienne, exophtalmie, affection cardiaque, je ne puis croire à l'existence d'un véritable goitre exophtalmique. — En effet, la tumeur du corps thyroïde est unilatérale, de même que l'exophtalmie ; cette tumeur n'est pas pulsatile et elle ne s'accompagne pas de dilatations vasculaires, comme on l'observe dans la maladie de Graves. L'exophtalmie elle-même est unilatérale, elle n'est pas réductible par la pression, elle ne s'accompagne pas de ces exacerbations paroxystiques qui appartiennent à la maladie en question. Enfin, s'il existe une affection cardiaque, elle ne s'est révélée jusqu'à présent par aucun désordre appréciable pour la malade et l'examem phy-

sique seul du cœur nous a permis d'en constater les signes. L'absence des caractères essentiels du goitre exophtalmique, mais surtout le siège unilatéral de la tumeur thyroïdienne et de l'exophtalmie me permettent donc d'affirmer que ce n'est pas à un cas de maladie de Graves que nous avons affaire.

Considérant d'autre part que les troubles observés du côté de l'œil et des fosses nasales pourraient s'expliquer par l'existence d'une tumeur, développée au fond de l'orbite, repoussant l'œil en avant, comprimant le nerf optique, ayant déjeté en dedans la cloison externe des fosses nasales, nous devons nous demander s'il ne s'agirait pas d'un cas de tumeur thyroïdienne avec production d'une tumeur secondaire de l'orbite ou de la base du crâne. Cette interprétation rencontre de nouvelles difficultés.

S'il s'agissait d'une tumeur maligne, d'un cancer, d'un sarcome, d'un lymphadénome développé dans le lobe droit de la thyroïde, comment expliquer que le gonflement du corps thyroïde, après avoir évolué lentement pendant plus de dix années, ait seulement alors présenté les caractères de la malignité et déterminé l'apparition d'une tumeur métastatique ? Telle n'est pas la marche habituelle de ce genre de néoplasmes, qui ne tardent guère à révéler leur nature par d'autres accidents, troubles de la déglutition, de la phonation et de la respiration, extension locale rapide avec envahissement des tissus voisins, engorgements ganglionnaires, douleurs vives, etc., etc...

Serait-ce une de ces hypertrophies bénignes du corps thyroïde, qui, comme cela a été observé pour certains goitres colloïdes, peuvent se généraliser par métastase en divers organes sans perdre d'ailleurs les autres attributs de la bénignité ? Les faits de ce genre sont si rares, que l'on peut à peine considérer leur existence comme prouvée.

N'y aurait-il dans cette coexistence qu'une simple relation nerveuse ou vasculaire, telle que celle que la tumeur thyroïdienne pourrait exercer sur la circulation orbitaire par la compression du nerf grand sympathique ? Comment interpréter alors l'occlusion de la fosse nasale droite, l'absence de phénomènes congestifs du côté de l'œil, les accidents de neuro-rétinite qui me paraissent se rattacher à la compression du nerf optique par une tumeur ?

Telles sont les difficultés d'interprétation avec lesquelles je me suis déjà trouvé aux prises dans un autre cas qui présentait avec celui-ci plus d'une analogie, bien qu'il en ait différé par la tournure singulièrement grave, qu'ont pris à un moment déterminé les accidents.

C'était une pauvre fille de la Souabe qui m'avait consulté à plusieurs reprises pour un petit goitre médian, plongeant dans l'ins-

piration profonde, d'ailleurs bien circonscrit, fluctuant ou paraissant tel, mobile, qu'elle portait sans modifications depuis son adolescence.

Elle approchait de la quarantaine, sans que la tumeur thyroïdienne se fût modifiée, quand apparut de l'essoufflement, parfois même de la dyspnée et du cornage.

Pensant qu'il s'agissait d'un kyste thyroïdien, je voulus avoir recours à l'électrolyse qui m'avait réussi dans un cas analogue; mais la ponction aspiratrice de la tumeur ne donna que du sang et fut suivie d'un accroissement de phénomènes fonctionnels. Pendant trois mois, j'avais perdu la malade de vue, quand, au mois de mars 1883, elle se présenta à l'hôpital de la Charité dans un état des plus alarmants: la dyspnée et des palpitations violentes ne lui permettaient même plus la marche; les carotides étaient animées de battements violents; le cœur était tumultueux; la gêne de l'inspiration s'accompagnait d'un cornage bruyant : enfin une exophtalmie était apparue et paraissait faire des progrès quotidiens; ceux-ci ne s'arrêtèrent pas malgré les diverses médications qui furent employées; les globes oculaires injectés, la cornée trouble, entourée d'un chémosis énorme, faisaient saillir en avant des paupières qui ne pouvaient se fermer au devant d'eux. Le 20 mars, à droite, une véritable luxation de l'œil se produisit et la cornée perdit absolument sa transparence; les mêmes lésions étaient imminentes du côté gauche. Prévoyant que la malheureuse serait bientôt définitivement privée de la vue, je me demandai si l'on ne pourrait obtenir la diminution de l'exophtalmie et la réduction des globes oculaires par l'extirpation de la tumeur thyroïdienne; je consultai à cet égard MM. Perier, Tillaux, Eugène Bœckel, Julliard, de Genève, qui voulurent bien examiner la malade et m'assister de leurs conseils. Leur avis unanime fut que la relation entre la tumeur thyroïdienne et les désordres oculaires était trop éloignée et de nature trop incertaine pour qu'en agissant sur l'une, on pût espérer faire disparaître les autres; l'existence de quelque tumeur de la base du crâne fut même discutée et parut vraisemblable ; somme toute l'extirpation du goitre médian fut déconseillée. Une suture palpébrale avec autoplastie, seule capable de recouvrir les globes oculaires d'un voile protecteur, eût été d'un résultat plus qu'incertain, et presque impraticable d'ailleurs en raison de la saillie énorme des deux yeux ; il fallut donc se résigner à ne rien faire et à assister à l'élimination de la cornée droite, d'abord, puis à l'opacification définitive et complète de celle du côté gauche. Quoique les yeux ne se fussent pas vidés et eussent conservé leur volume, l'exophtalmie diminua graduellement à partir du moment où la vision fut perdue ; le cornage, la dyspnée

avaient depuis longtemps disparu ; les palpitations qui d'ailleurs ne dépendaient d'aucune lésion organique du cœur, s'étaient également calmées. La malheureuse fille, privée pour toujours de la lumière, fut admise pour le reste de ses jours dans un asile d'incurables en Wurtemberg.

Il m'a paru intéressant de rapprocher ces deux faits de tumeur thyroïdienne solide, non pulsatile, dénuée de souffle, existant dans l'un et l'autre cas depuis l'adolescence, et n'ayant amené l'exophtalmie et la perte de la vision qu'après un nombre d'années aussi considérable. Dans l'un, la tumeur étant unilatérale, l'exophtalmie fut unilatérale ; dans l'autre, la tumeur étant médiane, les troubles oculaires furent répartis sur les deux orbites. D'ailleurs, la perte ou la diminution de la vision a relevé dans l'un et dans l'autre cas d'un processus différent, neuro-rétinite dans le premier, destruction des cornées due à la protrusion des yeux dans le second.

Ce deuxième fait rend encore plus difficile l'interprétation de l'exophtalmie dans les tumeurs du corps thyroïde. On ne saurait invoquer en effet, pour l'expliquer, l'action sur le grand sympathique, puisque la tumeur était petite et médiane.

On avait songé à l'existence d'une tumeur secondaire produisant l'exophtalmie, mais l'amendement des phénomènes fonctionnels et de la tuméfaction orbitaire qui suivit la perte des deux yeux, amélioration qui put être constatée pendant plusieurs mois, ne permet guère d'adopter une semblable hypothèse.

C'est en présence de ces difficultés que dans le cas présent j'hésite à enlever une tumeur dont la relation avec l'exophtalmie et la perte de la vue me paraît indéniable, mais trop obscure dans sa nature pour me permettre d'affirmer que l'extirpation du goitre amènera la rétrocession ou même l'arrêt des phénomènes oculaires ; pour me permettre surtout d'aborder une opération, somme toute, assez grave, sans être sûr qu'après avoir enlevé la tumeur du cou, il ne restera pas vers la base du crâne ou dans le fond de l'orbite un produit de même nature, dont l'accroissement ultérieur rendrait illusoire, la tentative incomplète d'exérèse à laquelle j'aurais été me livrer.

Discussion.

M. Richelot. L'exophtalmie et le goitre étant du même côté, on peut se demander si la tuméfaction du cou ne suffit pas à expliquer le goitre, sans qu'il soit pour cela nécessaire d'invoquer l'hypothèse d'une tumeur secondaire.

Dans ces conditions, nous nous trouverions purement et simple-

ment en présence d'une variété de goitre exophtalmique classique, et la conduite à tenir serait celle que l'on tient en pareille circonstance, c'est-à-dire l'ablation de la tumeur du cou. Cette opération serait d'autant plus indiquée, que l'ablation partielle du corps thyroïde ne présente pas la gravité de l'ablation totale.

M. Tillaux. Il y a incontestablement une influence directe entre la tumeur du corps thyroïde et le goitre exophtalmique. Il me suffit, pour vous le prouver, de vous rappeler le malade que j'ai présenté il y a quatre ans, et chez lequel l'ablation du goitre fut suivie de la rentrée des deux yeux dans l'orbite, huit jours après l'opération.

Comment expliquer les faits de ce genre, c'est difficile, mais enfin, ces faits n'en existent pas moins.

Dans ces conditions, je suis de l'avis de M. Richelot, l'ablation doit être tentée, et elle sera d'une exécution relativement facile.

Je comprends que l'on hésite lorsqu'il s'agit de l'extirpation d'un goitre simple, faite uniquement dans un but plastique, mais il en est tout autrement lorsqu'on a affaire à un goitre déterminant des accidents graves que l'on peut guérir par l'ablation de la tumeur.

M. Marc Sée. Une tumeur du corps thyroïde peut produire une exophtalmie, cela est incontestable ; mais dans l'immense majorité des cas, le goitre et l'exophtalmie représentent deux manifestations distinctes d'un même état général. La meilleure preuve, c'est que certains goitres exophtalmiques guérissent sans opération, et par le seul fait d'un traitement général. J'ai présent à l'esprit, en ce moment, un malade que j'ai observé et qui rentre manifestement dans cette catégorie, puisqu'il a guéri par l'hydrothérapie, les toniques, le fer, etc.

Dans ces conditions, il me paraît que l'on doit être très réservé, avant d'enlever le corps thyroïde d'un malade atteint de goitre exophtalmique.

M. Richelot. Dans le cas de M. Marc Sée, on peut fort bien admettre que si les symptômes du goitre exophtalmique ont disparu, c'est parce que le traitement avait guéri tout d'abord la tumeur thyroïdienne.

M. Marc Sée. Cet argument serait valable s'il y avait corrélation constante entre les deux symptômes, mais il n'en est rien, bien loin de là. Nous savons tous, en effet, qu'il y a des goitres énormes sans exophtalmie, et réciproquement.

M. Chauvel. En examinant la malade avec attention, il m'a semblé

que son goitre ne ressemblait pas aux goitres exophtalmiques ordinaires.

L'absence de pulsations manifestes, l'oblitération des fosses nasales, les douleurs vives éprouvées par la malade depuis ces derniers temps, ne me paraissent pas en rapport avec l'hypothèse d'une maladie de Graves. Je crois bien plutôt, comme M. Berger, à l'existence d'un néoplasme secondaire de l'orbite.

M. Berger. Il faut, en effet, distinguer le goitre exophtalmique des goitres avec exophtalmie.

Or, s'il est incontestable que l'ablation du goitre ait une influence heureuse dans le premier cas, elle ne saurait en avoir dans le second. Comme justement le cas de ma malade rentre dans cette dernière catégorie de faits, que son goitre est, très probablement, lié, selon moi, à une tumeur orbitaire — peut-être une tumeur bénigne, puisque l'on a signalé des cas de goitre avec généralisation, — j'estime, en effet, que le mieux encore est de s'abstenir.

M. Richelot. Je comprends les hésitations de M. Berger ; il est positif que si l'on était sûr de l'existence d'une tumeur orbitaire, il faudrait s'abstenir ; mais s'il y a doute, pourquoi ne pas essayer cette opération qui pourrait rendre de si grands services à la malade ? On s'exposerait à donner un coup d'épée dans l'eau, c'est possible, mais la gravité de l'opération en elle-même n'est pas telle que l'on ne puisse faire une pareille tentative.

M. Tillaux. Il est certain que si vous avez la conviction de l'existence d'une tumeur orbitaire, vous devez vous abstenir, mais dans le cas contraire, il faut opérer.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 2 avril 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° Comptes rendus de la Commission géologique et d'histoire naturelle du Canada, de 1880-81-82 ;

3° M. Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, offre l'article *Trépan* du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.*

Communication.

M. Terrier. L'hôpital Bichat, dans lequel j'ai un service en ce moment, a été incriminé dernièrement au point de vue de l'infection purulente que l'on y aurait constatée à plusieurs reprises.

Dans ces conditions, j'ai pensé qu'il était utile de donner la statistique des blessés qui ont passé par ce service.

M. Terrier donne lecture de la statistique des opérations pratiquées par lui à l'hôpital Bichat, pendant l'année 1883.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS PRINCIPALES FAITES A BICHAT

PENDANT L'ANNÉE 1883.

Amputation	du bras	1 cas 1 guéri.
—	de la jambe (procédé Guyon)...	1 cas 1 guéri.
—	du 2e orteil	1 cas 1 guéri.
Desarticulation	des doigts	6 cas 6 guéris.
—	des phalanges	1 cas 1 guéri.

Résection traumatique du coude	1 cas	1 guéri.
— pathologique du coude	2 cas	1 guéri. Le second cas dut être amputé au bras et guérit.
— pathologique du genou	1 cas	1 mort de tuberculose.
— de côtes	2 cas	2 résultats incomplets, tuberculose pulmonaire.
— d'une phalange	1 cas	1 guéri.
— du tibia avec suture osseuse pour fractures compliquées	2 cas	1 mort de double pneumonie lobaire, 1 guéri.
Evidement du grand trochanter	1 cas	1 résultat incomplet, vu la tuberculose généralisée.
— de côtes	3 cas	3 résultats incomplets, tuberculose.
Tumeurs cancéreuses du sein	4 cas	3 guéris, 1 mort par érysipèle bronzé et septicémie.
— fibreuses, douloureuses du sein	1 cas	1 guéri.
Polypes utérins (fibreux)	2 cas	2 guéris.
Ablation du col utérin cancéreux	1 cas	1 mort (péritonite).
Ovariotomies	17 cas	15 guéris, 1 mort de péritonite et 1 de tétanos.
Hystérectomies	2 cas	2 guéris.
Incision exploratrice	1 cas	1 résultat opératoire seul.
Ablation du sein sarcomateux	1 cas	1 mort (péritonite).
Uréthrotomie interne	1 cas	1 guéri.
Lithotritie uréthrale	1 cas	1 guéri.
Hydrocèles	4 cas	3 guéris et 1 récidive.
Fistules anales	4 cas	4 guéris.
Rétrécissement rectal, rectotomie	1 cas	1 guéri.
Hernie crurale étranglée	1 cas	1 guéri.
Tumeurs ganglionnaires du cou	1 cas	1 guéri.
— — de l'aisselle	1 cas	1 guéri.
Abcès froid enkysté de la cuisse, ablation	1 cas	1 guéri.
Hygroma du genou, ablation	1 cas	1 guéri.
Lipome de la cuisse	1 cas	1 guéri.
Molluscum du cuir chevelu	1 cas	1 guéri.
Corps étranger du genou, ablation	1 cas	1 guéri avec arthrite chronique persistante et raideur.
Ligatures d'artères de l'avant-bras	2 cas	2 guéris.

OPÉRATIONS SUR LES YEUX.

Ablation de l'œil	6 cas	6 succès, 1 mort ultérieure par généralisation du sarcome.
Suture des paupières	1 cas	1 succès.
Canthoplastie	3 cas	3 succès.

Transplantation du sol ciliaire	2 cas	2 succès.
Opération de Sœmisch	5 cas	5 succès.
Iridotomie	1 cas	1 succès, résultat nul pour la vision.
Iridectomies	11 cas	10 succès, 1 insuccès : iritis et cataracte secondaire.
Ablation de la capsule cristalline	1 cas	1 succès opératoire, nul pour la vision.
Cataractes (procédé de Grœfe modifié)	10 cas	9 succès et un demi-succès.

Examinons les 7 causes de décès signalés dans cette statistique.

1° La résection du genou meurt tardivement de tuberculose aiguë généralisée. On avait proposé l'amputation de la cuisse qui fut rejetée par la malade.

2° L'une des résections du tibia, suite de fracture compliquée, meurt au bout de quatre jours d'une double pneumonie lobaire. Le sujet, alcoolique, avait eu déjà deux pneumonies.

3° L'opérée de carcinome du col meurt de péritonite subaiguë suppurée.

4° Une des opérées d'ovariotomie meurt de tétanos. L'observation a été publiée dans l'*Union médicale* du 20 septembre 1883. La malade avait été opérée par notre collègue M. le Dr Périer.

5° Le second décès des ovariotomies a eu pour cause une péritonite aiguë suppurée. L'observation a été aussi publiée dans l'*Union médicale* du 10 novembre 1883.

6° L'ablation du rein, par la voie abdominale, faite par le Dr Périer, a succombé aussi à la péritonite aiguë.

7° Enfin une seule opérée du sein par notre collègue le Dr G. Richelot, a succombé à des accidents d'érysipèle gangréneux, par conséquent à la septicémie.

Lecture.

Diagnostic des tumeurs de la voûte palatine.

M. Magitot lit un travail sur ce sujet :

Considérations sur le diagnostic différentiel des tumeurs dures de la voûte palatine.

Les tumeurs dures de la voûte palatine sont rares [1] ; leur historique est donc facile : sous le nom d'enchondromes, on trouve dans les auteurs trois observations. Deux d'entre elles sont dues à Abernethy et à Jourdain [2] ; mais les obscurités de leur his-

[1] Saucerotte, *Gazette de méd.* de Paris, 1856, p. 415.

[2] Cruveilhier, *Essaie sur l'anatomie pathologique*, 1816, t. I, p. 320.

toire ne permettent guère de leur assigner une origine précise. La troisième désignée par M. Trélat sous le terme d'adénochondrome [1] fut disséquée par M. Malassez qui crut devoir la rattacher à une dégénérescence d'une glandule salivaire du voile.

Les ostéomes ne sont pas plus communs, ni surtout mieux définis. A l'exception de ces productions dures qui, d'après Chassaignac, marqueraient le début des accidents syphilitiques tertiaires, on ne rencontre que quelques relations d'exostoses signalées par Vidal de Cassis et Toirac et qui, d'après ces auteurs, seraient très communes à la surface de la voûte.

Or, nous savons ce qu'il faut penser aujourd'hui de la valeur séméiologique de l'exostose médiane palatine au point de vue de la syphilis tertiaire depuis que MM. Richet, Cullerier et Duplay ont refusé à ce signe tout caractère spécifique. Quant aux exostoses mentionnées comme fréquentes, nous sommes tenté de les considérer comme de simples nodosités, osseuses il est vrai, et fréquemment observées aussi bien à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure et qui ne se rattachent ni à la syphilis, ni à la goutte, ni à aucune diathèse.

Nous avons eu assez fréquemment l'occasion de les observer soit sur le vivant, soit sur des pièces anatomiques. Quelques naturalistes, les ayant rencontrées sur des crânes de nos collections et frappés de leur densité et de leur aspect éburné, avaient soupçonné dans leur composition anatomique la présence de l'ivoire et même de l'émail, comme cela se rencontre sur les plaques dentinaires de certains vertébrés inférieurs, les poissons. Un examen histologique a permis de reconnaître que ces nodosités, de forme presque toujours hémisphérique, soit isolées, soit en chapelet, sont uniquement composées de tissu osseux compacte et éburné, avec prédominance de la substance fondamentale sur les ostéoplastes et leurs ramifications.

Restent les kystes de la région palatine au sujet desquels nous n'avons recueilli dans les auteurs que deux ou trois faits : l'un d'eux est dû à Saucerotte [2] et désigné sous le nom de *Kyste séreux*, le second à Cruveilhier [3] et les détails de ce dernier semblent devoir le rattacher à un abcès d'origine dentaire.

[1] Henrot, *Univers médical* du Nord-Est, 1880, juillet, p. 27.

[2] *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 461.

[3] Voir *Traité des anomalies du système chez l'homme et chez les mammifères*, Paris, 1877.

ris. Soc. d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.). *Le gérant* : G. Masson.

Un troisième fait, dû à M. Henrot [1], est désigné par lui sous le nom de kyste sébacé, terme bien impropre en tout cas, la muqueuse palatine ne renfermant, comme on sait, aucune glande de cette nature.

Tel est l'état de la littérature chirurgicale sur les tumeurs dures de la voûte palatine; nous entendons parler exclusivement ici de celles qui ont leur origine première dans cette région, car nous évitons de comprendre sous ce terme les tumeurs ou les kystes qui, ayant pris naissance dans les mâchoires, n'ont envahi la voûte que consécutivement.

Quant aux productions molles, toute la nomenclature des néoplasmes s'y trouve représentée : les sarcomes, les papillomes, les épithéliomes, les carcinomes, etc. Nous n'y insistons pas, le problème diagnostique que nous désirons soulever s'adressant exclusivement aux tumeurs dures.

Or, nous avons observé personnellement dans les derniers temps deux tumeurs dures de la voûte palatine, et toutes deux ont été l'occasion de difficultés si considérables dans le diagnostic que nous avons cru utile de les faire connaître.

Le premier de ces faits a d'ailleurs été publié récemment [2]. Nous rappellerons donc seulement qu'il était relatif à l'apparition lente et progressive d'une tumeur chez une femme de 74 ans entièrement dépourvue de dents depuis longtemps. La tumeur, du volume d'une petite amande, resta d'abord indolente pendant plusieurs années, puis devint le point de départ de phénomènes névralgiques très intenses qui engagèrent plusieurs chirurgiens des plus expérimentés à une intervention opératoire. Une sage réserve les arrêta cependant, et plusieurs années après le début de la tumeur, celle-ci livra passage à une dent canine qui fut reconnue par une enquête rétrospective comme effectuant son éruption à la fois tardivement et hétérotopiquement au centre de la voûte.

Cette observation est loin d'être isolée ; il existe en effet dans les auteurs, dans Jourdain entre autres, diverses relations analogues, soit chez l'adulte, soit chez le vieillard.

Nous en avons recueilli nous-même un certain nombre, qui figurent à leur place spéciale dans un livre publié en 1877 sur les anomalies de l'appareil dentaire [3]. Nous constatons seulement avec quelque surprise le silence de la plupart des traités chirurgicaux sur cette variété de tumeurs palatines.

[1] Voir Fano, Des tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais. *Thèse de concours*, 1857.

[2] Jourdain, *Maladies de la bouche*, t. I, p. 417.

[3] Trélat, *Bullet. de la Soc. de chir.*, 1877, p. 714.

Notre second fait, absolument inédit, se rattache par un côté au précédent, car la tumeur palatine a encore pour origine une anomalie dentaire; mais il en diffère par le volume bien plus considérable de la masse, par l'intensité et l'étrangeté des accidents et par les difficultés plus grandes encore du diagnostic.

Voir le sommaire de cette observation :

Tumeur dure de la voûte palatine. — Douleurs névralgiques intenses du côté droit de la face. — Paralysie du muscle droit externe du globe oculaire du même côté. — Strabisme interne. — Incertitude du diagnostic.—Hypothèse d'une tumeur spécifique. — Importance du traitement antisyphilitique. — Inflammation brusque de la masse. — Ouverture d'une vaste poche osseuse au fond de laquelle est implantée une couronne de canine. — Affaissement graduelle des parois. — Cessation immédiate des accidents.

Le sujet qui fait l'objet de cette observation est un homme âgé de 30 ans, d'une santé parfaite et n'ayant à aucune époque souffert de la bouche ou des dents. On ne retrouve non plus dans ses antécédents aucun accident syphilitique.

Il y a huit mois, apparut à la voûte palatine, presque au centre de la région, un peu à droite de la ligne médiane, une grosseur dure, incompressible, absolument indolente et sans aucune mobilité. Cette tumeur se développa avec une extrême lenteur et ne produisit tout d'abord comme seul phénomène qu'une gêne légère dans les fonctions de la bouche.

Au bout de deux mois de cette première apparition, la masse avait acquis le volume d'une amande; ses autres caractères étaient les mêmes : même indolence locale; mais bientôt après, des douleurs s'éveillèrent dans le voisinage, affectant le caractère névralgique avec points d'élection sus et sous-orbitaires et irradiations à tout le tégument du côté correspondant de la face.

Peu de temps après, apparut un nouveau phénomène : le malade s'aperçut qu'il louchait en dedans de l'œil droit.

Inquiété par ces différents symptômes, le malade consulta plusieurs médecins qui ne purent formuler un diagnostic et se bornèrent à des prescriptions banales sans effet. L'un d'eux pourtant le conduisit chez un de nos syphiliographes les plus distingués qui n'hésita pas à déclarer de nature tertiaire la tumeur de la voûte, la névralgie faciale et la paralysie oculaire.

Un traitement spécifique fut institué et poursuivi rigoureusement pendant six semaines, sans amener aucun effet. La tumeur palatine continua de s'accroître; les douleurs du voisinage et le

strabisme persistaient sans aucun changement, lorsque brusquement, et par suite peut-être de quelques contusions causées par certains aliments pendant la mastication, la masse s'enflamme, devient douloureuse à la pression et augmente rapidement de volume.

C'est à ce moment que nous voyons le malade pour la première fois. La tumeur, du volume d'une noix, a envahi presque toute la voûte; elle est rouge, tendue, très sensible à la pression. Nous constatons l'existence évidente d'un foyer et nous en pratiquons immédiatement l'ouverture.

Le bistouri rencontre au-dessous de la muqueuse une résistance évidemment osseuse qui arrête l'instrument et nous force à limiter l'incision. Il s'écoule un liquide abondant manifestement composé de pus et d'une sérosité visqueuse et filante.

La tuméfaction cependant ne s'affaisse pas et reste tendue comme avant l'incision.

Nous n'avions nous-mêmes à ce moment fixé aucun diagnostic, nous bornant à répondre à l'indication simple d'un foyer purulent. C'est alors que nous fîmes au moyen d'un stylet une exploration de la cavité : l'instrument parcourt alors une poche à parois dures au fond de laquelle il vient se heurter su un corps résistant, saillant, arrondi, lisse et poli. C'est évidemment la couronne d'une dent. Notre conviction fut aussitôt arrêtée; nous étions en présence d'un kyste folliculaire de la voûte palatine.

Un segment de la paroi, détaché au moyen d'un coup de ciseaux, permet de reconnaître la superposition des tissus suivant de dehors en dedans :

1° La muqueuse palatine, notablement épaissie et injectée;

2° Une coque osseuse, mince, mais compacte et résistante ;

3° Une couche feutrée de tissu conjonctif, la forme de membrane lâche et tapissée à sa face libre par une couche épithéliale pavimenteuse, qui paraît simple sans épaississement sur places, ni villosités.

Dans le liquide qui baigne la préparation, on reconnaît la présence des leucocytes, des pus et quelques cristaux de cholestérine.

Examinant alors l'appareil dentaire, nous reconnûmes l'absence en son siège normal de la canine supérieure droite, qui, au dire du malade, n'avait jamais paru.

L'ouverture du kyste fut suivie d'un tamponnement de la cavité, puis de lavages quotidiens, qui amenèrent en une quinzaine de jours l'affaissement complet de la poche, la résorption progressive de la coque osseuse et la couronne de la dent canine apparut finalement entre les lèvres de l'ouverture de la muqueuse. Elle y est encore actuellement, je suppose; car, outre que son peu de saillie la rend insaisissable aux instruments, son état indolent et le peu

de gêne qu'elle occasionne sont des raisons suffisantes pour imposer l'abstention complète d'une intervention chirurgicale, qui ne saurait s'effectuer sans délabrement sérieux.

Tel est le fait que nous désirions faire connaître. Il nous paraît autoriser les conclusions suivantes :

Conclusions.

1° Il existe dans la voûte palatine; une variété de tumeurs ayant pour origine l'hétérotopie d'un follicule dentaire. Cette variété se divise en deux sous-variétés :

a. Une première comprend les faits de simple éruption d'une couronne coiffée seulement de la muqueuse correspondante;

b Une seconde sous-variété comprend les kystes développés au sein même d'un follicule frappé lui-même d'hétérotopie préalable ;

2° Dans ce dernier cas, le follicule devient le siège d'une transformation kystique dont l'enveloppe n'est autre que la paroi du follicule lui-même coiffée d'une coque osseuse empruntée à la lame inférieure de la voûte ;

3° Le diagnostic différentiel des tumeurs de la voûte devra toujours être subordonné à l'examen attentif de l'état de l'appareil dentaire. Toute anomalie par diminution numérique établie, soit par l'examen actuel, soit par les renseignements rétrospectifs, devra toujours faire émettre l'hypothèse d'un fait d'hétérotopie dentaire, kystique ou non.

Discussion.

M. Després. Parmi les observations rapportées par M. Magitot, il en est une qui porte en elle-même un grand enseignement : je veux parler de cette malade dont la tumeur palatine fut soumise au traitement antisyphilitique. Cette malade prouve une fois de plus combien regrettable est l'habitude que l'on a prise de considérer comme syphilitiques toutes les tumeurs à diagnostic obscur. Dans tous ces cas, la conduite du médecin n'a d'autres effets que de berner les malades, sans aucune utilité pour eux.

M. Delens. Tout récemment, j'ai observé un cas analogue à ceux de M. Magitot, seulement la tumeur occupait la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Je demanderai à M. Magitot si de semblables kystes sont plus fréquents à l'une des mâchoires plutôt qu'à l'autre.

M. Th. Anger. J'ai également observé un cas analogue, la tumeur

siégeait au maxillaire supérieur, au niveau de la fosse canine. La dent, en état d'hétérotopie, était une canine, complètement retournée ; la racine était inférieure, tandis que la couronne était dirigée vers l'orbite.

Pendant longtemps, je crus à une tumeur du maxillaire, et j'étais sur le point de faire l'ablation de cet os, lorsque l'ouverture du kyste vint fixer mon diagnostic.

M. Tillaux. Je demanderai à M. Magitot la cause pour laquelle il n'a pas cru devoir enlever la dent anormalement développée dans la voûte palatine. Ne craint-il pas que cette dent ne soit l'origine d'une récidive ?

M. Magitot. Je répondrai à M. Després que la malade n'a pas beaucoup souffert du traitement, et que celui-ci est parfaitement indiqué dans les cas de diagnostic douteux, justement pour fixer ce diagnostic.

Les faits analogues à celui que nous a rapporté M. Delens, sont fréquents à la mâchoire inférieure, à la suite surtout de l'éruption difficile de la dent de sagesse.

Le fait de M. Anger est, en effet, analogue au mien. Il s'agit aussi d'une hétérotopie dentaire, le follicule étant devenu kystique.

Enfin, je répondrai à M. Tillaux que je n'ai pas enlevé la dent, d'une part, parce qu'elle ne gênait pas beaucoup le malade, et, d'autre part, parce que son ablation eût nécessité une opération grave.

Lecture.

M. Schwartz, chirurgien des hôpitaux, lit un travail intitulé : *De l'Élongation combinée à la résection du nerf spinal, appliquée au traitement du torticolis spasmodique.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Polaillon, Monod, Tillaux, rapporteur.

Lecture.

M. le Dr Jeannel (de Vendôme) donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Contribution au traitement des kystes para-ovariens par les injections iodées.*

Commission : MM. Nicaise, Perier, Bouilly, rapporteur.

Présentation de pièce.

M. Monod présente une pièce anatomique représentant un *monstre pseudencéphalien.*

M. Monod. Ce monstre, qui m'a été adressé par le Dr Carrière (de Sauveterre-de-Béarn), appartient à la famille des monstres *pseudencéphaliens*, genre *pseudencéphale*. On sait que cette famille a été divisée, par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, en trois genres, tous trois caractérisés par l'absence presque complète de l'encéphale, qui est remplacé par une tumeur vasculaire, où l'on ne retrouve que quelques vestiges de substance nerveuse. Ils se distinguent entre eux par ce fait, que dans les deux premiers (nosencéphale et thlipsencéphale) il n'y a pas de fissure spinale concomitante, tandis que dans le troisième, les *pseudencéphales*, le canal vertébral est fendu sur une plus ou moins grande longueur.

Les deux premières variétés sont relativement fréquentes, la troisième est au contraire exceptionnelle. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire n'en cite que sept exemples, dont trois personnels.

C'est en raison de cette rareté même que j'ai cru devoir vous soumettre cette pièce.

Ce fait est, du reste, absolument conforme à la description qu'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire nous a donnée des pseudencéphales, c'est le même aspect du monstre qui la fait comparer, par l'apparence de la tête, à un singe, ou mieux encore à un crapaud. Le tronc et les membres sont bien conformés.

La fissure ici se prolonge jusqu'à la région lombaire. Entre les os du crâne écartés apparaît la masse charnue vasculaire, qui tient lieu du cerveau. Au niveau du dos, une masse osseuse, régulière, aplatie, occupe la ligne médiane ; de chaque côté règnent deux fentes latérales.

La pièce sera du reste disséquée et examinée avec plus de soin.

Je me borne à signaler encore quelques particularités cliniques de ce cas.

Ce petit être appartient au sexe féminin, comme dans la majorité des cas rapportés par Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire.

Sa mère est une vigoureuse campagnarde de trente ans, mariée depuis six ans, ayant déjà deux enfants vivants, l'un de 5 ans, l'autre de deux ans et deux mois, garçons tous deux.

Elle est accouchée avant terme à 7 mois. La grossesse avait été absolument normale ; elle n'avait en rien différé des précédentes. La jeune femme s'était même, disait-elle, sentie cette fois beau-

coup moins incommodée et plus vaillante. Elle avait seulement remarqué qu'elle avait toujours été fort grosse.

Particularité intéressante, elle avait senti remuer à l'époque ordinaire, et ces mouvements, bien que plus faibles, avaient encore été perçus l'avant-veille de l'avortement. L'enfant avait donc vécu, et ceci répond à l'assertion de ceux qui disent que chez les êtres qui sont privés de centres nerveux l'existence est impossible. On sait, du reste, que quelques-uns de ces individus ont pu survivre quelques jours après l'accouchement. Ici, la mort était survenue au moment de la naissance ; l'extraction avait du reste été laborieuse et avait pu compromettre l'existence du fœtus.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 9 avril 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. le Dr Hergott, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy, fait hommage à la Société de sa traduction du *Traité des déviations utérines* du Dr Schultze, professeur de gynécologie à l'Université d'Iéna ;

3° Une lettre de M. Simonin faisant part à la Société de la mort de M. le Dr Edmond Simonin, directeur honoraire de l'École de médecine de Nancy, membre honoraire de la Société de chirurgie, décédé à Nancy, le 31 mars 1884;

4° M. Verneuil offre à la Société :

a. La thèse de M. Ozenne, ancien interne des hôpitaux, intitulée : *Du cancer chez les syphilitiques ;*

b. La thèse de M. Ramonat, ancien interne, intitulée : *La syphilis chez les scrofuleux.*

Rapport oral.

M. Chauvel présente un moule en plâtre de la part de M. Dieu, représentant, d'après ce médecin, une luxation du poignet en avant.

Observation. — *Luxation du poignet en avant, par cause directe. Irréductibilité,* par le Dr Dieu, médecin principal de l'armée, à Blidah (Algérie).

M..., soldat au 8e escadron des cavaliers de remonte, entre à l'hôpital de Constantine, le 3 septembre 1883.

Le matin, en faisant le pansage, il avait reçu sur le dos de la main gauche, au niveau du métacarpe, un coup de pied de cheval non ferré.

Je le vois une heure environ après l'accident. Il n'y a aucune tuméfaction de la main, et il est très facile de constater les diverses saillies et reliefs de la région ; le malade, en outre, éprouve peu de douleurs.

Les apophyses styloïdes du radius et du cubitus ne présentent aucun signe de fracture ; elles sont situées sur une ligne oblique allant de haut en bas et de dedans en dehors ; elles ne sont pas douloureuses à la pression. Le radius ne présente aucun point douloureux, et ne forme aucune saillie anormale.

Si on examine la face dorsale du poignet, on constate, au niveau de la ligne articulaire, une forte dépression, beaucoup plus marquée du côté cubital, et qui permet de sentir parfaitement le rebord postérieur de la cavité articulaire. La tête du cubitus forme une forte saillie ainsi que le radius, et la main est inclinée sur le bord cubital.

A la face antérieure, les plis de flexion du poignet sont conservés, mais on observe un relief exagéré, une saillie lisse et arrondie, formée par les os du carpe ; elle est plus marquée du côté du cubitus.

Le tendon du cubital antérieur est fortement tendu.

Les mouvements d'extension et de flexion du poignet, sans être abolis complètement, sont cependant très limités ; ils deviennent douloureux dès qu'on veut leur donner une certaine ampleur. Les mouvements de latéralité sont possibles, mais limités et un peu douloureux.

Les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont très diminués ; les doigts sont légèrement fléchis, et les tendons fléchisseurs forment relief au-dessus du poignet.

En mesurant les deux membres, de la pointe de l'olécrane à l'extrémité du médius, on trouve un léger raccourcissement du côté gauche.

Au cas particulier, je crois qu'il était très facile de porter un dia-

gnostic exact; l'absence de gonflement, le relief très net des saillies osseuses qui avaient conservé leurs rapports, le manque de points douloureux, permettaient d'affirmer que les os étaient intacts, et que la première rangée du carpe avait abandonné ses rapports avec l'articulation radio-cubitale inférieure.

Je crus que je pourrais réduire facilement cette luxation, et je procédai de la manière suivante : un aide vigoureux, embrassant avec ses deux mains l'avant-bras, fit la contre-extension ; un second aide fit l'extension en tirant sur la main, et je cherchai à refouler directement en arrière les os du carpe, en faisant fléchir graduellement la main ; la réduction ne put avoir lieu. Le blessé fut alors endormi jusqu'à résolution complète, et je recommençai les tentatives.

A un moment donné, je perçus un craquement; une réduction partielle avait eu lieu du côté du radius, mais en cessant les tractions la luxation se reproduisit. J'employai la flexion forcée en repoussant en avant les os du carpe, et en arrière le cubitus et le radius ; tout fut inutile. Je dus renoncer à faire de nouvelles tentatives, et laisser cette luxation non réduite. Je fis simplement appliquer les compresses d'eau blanche.

Les jours suivants, il ne survint aucun gonflement, il ne se produisit aucune réaction, à tel point que l'on aurait pu croire que cette luxation était d'ancienne date.

Le moulage que j'adresse à l'appui de cette observation a été fait le 9 septembre, c'est-à-dire six jours après l'accident. Le 18 septembre, les mouvements spontanés de flexion, d'extension, de latéralité sont possibles, mais très limités et encore très douloureux ; le blessé étend bien les doigts, mais ne peut les ramener complètement dans la paume de la main ; il serre sans aucune force.

Le 10 octobre, la situation est à peu près la même, et M... est proposé pour la réforme.

Les luxations du poignet, en avant, sont rares, et c'est à ce titre que j'adresse cette observation à la Société de chirurgie. La cause ici est des plus nettes ; c'est un coup de pied de cheval non ferré, qui, agissant sur la partie dorsale de la main, refoule tout d'une pièce le carpe et le métacarpe en avant, comme dans certaines luxations de l'épaule. Mais pourquoi cette irréductibilité? Je l'ignore absolument, et j'ai été bien surpris de ne pouvoir réduire, à l'aide du chloroforme et en employant une force relativement considérable, cette luxation tout à fait récente.

Discussion.

M. Chauvel. Le moule que notre collègue offre à la Société ne répond pas absolument à la description qu'il fait de la lésion avant les tentatives de réduction. Au lieu d'offrir ses rapports normaux, l'apophyse styloïde radiale est plus élevée que l'apophyse cubitale. Si l'extrémité inférieure du cubitus fait sur le dos de la main une saillie considérable, il n'en est plus de même du bord postérieur de la surface articulaire du radius. A la face antérieure, le carpe n'est

fortement porté en avant que dans sa partie interne; le déplacement est bien moins sensible au niveau de l'éminence thénar. Il est vrai que l'axe de la main se trouve fortement déjeté en dedans, ce qui n'est pas le fait ordinaire dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius; mais, en somme, l'examen du moule que nous a envoyé notre distingué confrère ne permet pas, à mon avis, de conclure à une luxation complète du poignet en avant. D'un autre côté, les détails de l'observation ne sont pas assez précis pour mettre hors de doute le diagnostic posé par notre collègue. Sans vouloir pousser plus loin la critique d'un fait dont je n'ai pas été témoin, et en tenant compte des modifications que les tentatives de réduction ont pu apporter dans la situation relative des extrémités osseuses déplacées, je me crois en droit de conclure que le diagnostic de *luxation du poignet en avant* ne peut être admis qu'avec réserve.

M. Richelot. Je suis de l'avis de M. Chauvel. Il s'agit probablement là d'une fracture du radius avec déjettement considérable de la main sur son bord radial. C'est à ce déplacement des fragments osseux fracturés qu'il faut attribuer la saillie du cubitus qui donne l'illusion d'un déplacement du condyle carpien.

Communication.

Anévrisme cirsoïde des doigts.

M. Desprès. Je présente à la Société un fait intéressant à un double point de vue : un anévrisme cirsoïde de deux doigts, ulcéré, ne saignant pas et guéri par une double opération. Voici le fait :

Observation. — *Anévrisme cirsoïde du médius et de la pulpe de l'indicateur droit; amputation du doigt; résection de 4 centimètres de la cubitale à l'avant-bras.*

La nommée L...(Caroline), 64 ans, entrée le 8 octobre 1883 salle Sainte-Rose. Appartenant à une famille de gens sains, elle s'est toujours bien portée, n'a jamais eu d'enfants et a cessé d'être réglée à l'âge de 45 ans. Jamais elle n'a eu de rhumatismes.

Sans jamais avoir reçu de coups sur la main, sans y avoir été blessée, elle s'aperçut, il y a 7 ans, c'est-à-dire 2 ans après la disparition des règles, que le bout du doigt médius de la main droite devenait violacé ; puis la malade y ressentit des battements et des picotements qui, sans l'empêcher de dormir, l'incommodaient néanmoins. Un médecin eut l'idée singulière de pratiquer des saignées locales qui donnaient beaucoup de sang. La malade se lassa du traitement, ne fit plus rien, et il lui sembla que le mal n'augmentait pas.

Deux ans avant l'entrée de la malade, le mal prit un nouvel accroissement ; des vaisseaux bleuâtres se dessinèrent sous la peau jusqu'à la racine du doigt, et ils offraient des battements appréciables pour la malade elle-même. En même temps, la pulpe du doigt indicateur droit était prise et, depuis ce temps, le mal est resté stationnaire. Mais alors il survint une altération du bout du médius tout à fait insolite ; le bout du doigt se dessécha et tomba sous forme d'écailles sans qu'il y eut d'hémorragie, l'os même dénudé forme une saillie noire et sèche au-dessus des parties molles : on eût dit une de ces ulcérations trophiques que l'on a constatées chez les malades atteints de lésions nerveuses.

A l'entrée de la malade, je constatai l'ulcère que je viens de décrire et un anévrisme cirsoïde occupant la totalité du médius. A la racine du doigt, l'on sentait des battements très forts et l'on pouvait suivre une grosse artère interosseuse du 3e espace dans la paume de la main, remontant jusqu'à la cubitale. L'extrémité de l'index était violacé et offrait des battements que la compression de la radiale et de la cubitale faisaient disparaître.

L'artère cubitale au-dessus du poignet était dilatée et flexueuse et très visible sous la peau ; l'artère radiale était saine.

Après une préparation suffisante le 31 octobre, je procède à une double opération ; je fais une incision de 8 centimètres sur le trajet de la cubitale et je procède lentement à la dénudation de l'artère de haut en bas. Une double ligature est placée sur le vaisseau au point où cessait la dilatation, et le vaisseau coupé entre les deux ligatures est détaché de haut en bas, en ménageant les coulisses des tendons, ce qui fut facile en employant les ciseaux courbes. Une ligature est placée alors près du ligament antérieur du carpe, et 3 centimètres du vaisseau sont réséqués. L'artère réséquée, étendue, déroulée, mesurait plus de 4 centimètres. Elle a été envoyée à un laboratoire d'histologie, et il nous a été rapporté qu'on n'avait trouvé rien de spécial.

Cette première opération faite, je procédai à l'amputation du médius avec la tête du métacarpien. L'expérience m'a démontré que cette amputation vaut mieux que la désarticulation du doigt; la tête du métacarpien laissée gêne le rapprochement des doigts pour la préhension, la méthode à deux lambeaux a été employée, le métacarpien a été coupé avec des ciseaux de trousse, car les os étaient très raréfiés. 6 ligatures ont dû être posées, les vaisseaux étaient d'ailleurs gros.

La plaie du poignet est pansée avec du diachylum ; la plaie de l'amputation de même (pansement par occlusion de Chassaignac). Les suites de l'opération furent heureuses. La plaie de l'amputation seule suppura, mais il n'y eut pas d'hémorragie. La température monta à 38° et un seul jour atteignit 40°. La malade sortit de l'hôpital, guérie, le 17 décembre. La pulpe du doigt indicateur battait à peine. J'ai eu des nouvelles de la malade ces jours-ci; elle se trouve tout à fait guérie, mais j'estime que la pulpe de l'indicateur droit est dans le même état. Je donnerai encore des nouvelles de la malade.

En pratiquant cette double opération, j'avais le dessein de tenter l'expérience suivante : comme il n'y avait que l'artère cubitale di-

latée à l'avant-bras, jai fait la supposition que les nerfs vaso-moteurs de cette artère étaient seuls malades et que peut-être, en les supprimant dans une grande étendue, j'arrêterais la marche envahissante de la dilatation artérielle. J'ai agi, on le voit, en vue d'une hypothèse, et je ne donne ce fait que comme une première tentative pour éclairer la physiologie pathologique de l'anévrisme cirsoïde. Certes, Desaix, qui enlevait les artères dilatées au voisinage de l'anévrisme cirsoïde, a fait en partie ce que j'ai fait, mais pas à la même distance.

J'ajouterai donc, en terminant, que je n'ai nullement la prétention de réclamer la priorité au sujet de l'idée d'enlever les artères malades d'un anévrisme cirsoïde. Cette manière de faire a été déjà préconisée dans la thèse de Desaix (1859).

Discussion.

M. Terrier. L'ulcération que M. Després a constatée sur le doigt de sa malade est le résultat d'un trouble trophique qui a été remarqué dans des cas analogues.

Relativement à l'opération de M. Després, qui a consisté à enlever la tumeur érectile et les vaisseaux afférents, je ferai remarquer que cette ablation des vaisseaux afférents a été pour le moins inutile. Tout le monde sait, à l'heure actuelle, que les tumeurs érectiles sont la cause première de la dilatation des artères périphériques, et qu'il suffit d'enlever la tumeur, cause première du mal, pour que les vaisseaux reprennent leur calibre primitif. Je me rappelle avoir vu M. Verneuil enlever une tumeur de ce genre, placée sur le cuir chevelu ; les vaisseaux périphériques, considérablement dilatés, furent respectés, on se borna à les lier. Après la guérison de la plaie opératoire, les vaisseaux avaient repris leur calibre normal.

M. Verneuil. Ce que vient de dire M. Terrier, en rappelant l'histoire d'une de mes malades, est incontestable : lorsque vous vous trouvez en présence d'une tumeur érectile qui a amené la dilatation des artères voisines, il suffit d'enlever la tumeur pour que tout rentre dans l'ordre. L'explication de ce phénomène est peut-être difficile, mais il ne saurait y avoir l'ombre d'un doute sur la réalité du phénomène lui-même.

Tout récemment, M. Richelot a publié deux observations de tumeurs érectiles du cuir chevelu, accompagnées d'une telle dilatation des occipitales, que celles-ci avaient le calibre d'une fémorale. Eh bien, même dans ce cas, il a suffi d'enlever la tumeur érectile pour que les occipitales reprissent leur calibre normal.

J'ai dans ce moment-ci dans mon service une malade atteinte

d'une tumeur de ce genre, également compliquée d'anévrisme cirsoïde. M. Pozzi et moi avons traité cette malade, non plus par l'ablation, mais par des injections interstitielles de liqueur de Piazza, et nous avons obtenu la disparition non seulement de la tumeur, mais encore des dilatations vasculaires, veines et artères, qui alimentaient la tumeur. Je me rappelle, entre autres, une veine frontale du volume de la jugulaire interne, qui, à l'heure actuelle, est à peine appréciable.

M. Trélat. J'ai cité devant la Société un fait qui vient à l'appui de l'opinion de MM. Verneuil et Terrier.

Un malade atteint de tumeur cirsoïde du doigt, avec dilatation des artères du membre supérieur, entra à l'hôpital Saint-Louis pour des hémorragies graves. Les injections interstitielles de perchlorure n'ayant pas donné de résultat, l'amputation de la main ne m'ayant pas paru devoir être suffisante, je me décidai à pratiquer l'amputation de l'avant-bras.

Bien que la section ait dû porter sur des artères dilatées et flexueuses, le malade guérit sans accidents spéciaux, et, par la suite, les artères malades reprirent leur aspect normal.

Cette dilatation artérielle si singulière, analogue à celle que l'on constate sur les artères situées au-dessus d'un anévrisme artério-veineux, peut donc être symptomatique d'une tumeur érectile; elle apparaît et disparaît avec elle. Quant à la pathogénie de l'affection, elle est plus difficile à préciser. S'agit-il de l'exagération dans la pression artérielle au-dessous de la tumeur, qui dilate et allonge le vaisseau? S'agit-il de toute autre chose? Cela est impossible à préciser à l'heure actuelle; mais, ce qui est certain, c'est que si l'explication du phénomène est encore contestable, il n'en saurait être de même de son existence.

M. Pozzi. Le phénomène dont il vient d'être question et qu'il faut comparer à ce qui se passe dans l'artère au-dessus d'un anévrisme artério-veineux ne pourrait-il pas être interprété d'une manière inverse de celle proposée par M. Trélat, c'est-à-dire par une diminution dans la tension sanguine de l'arbre artériel afférent? Cette diminution résulterait de ce que la présence d'une tumeur érectile ou d'un anévrisme artério-veineux sur un point du système artériel facilite l'écoulement du sang qui y circule.

Dans ces conditions, voici quelle serait l'explication de la dilatation artérielle au-dessus de l'anévrisme cirsoïde :

La nutrition de l'artère se faisant en grande partie par imbibitions du sang qu'elle renferme, toute diminution dans la tension de ce dernier aura pour conséquence fatale un trouble dans l'échange

des matériaux nutritifs et une dégénérescence des parties les plus délicates des parois artérielles, c'est-à-dire de ses fibres musculaires. L'artère, privée de sa tonicité, incapable dès lors de résister à la pression du sang, se dilate plus ou moins. J'ai déjà développé cette idée l'année dernière dans une leçon publiée par la *Semaine médicale.*

M. Chauvel. Me plaçant à un autre point de vue que les orateurs qui viennent de prendre la parole, je demanderai à M. Després s'il peut nous apporter des faits à l'appui de ce qu'il nous a dit relativement à l'utilité de l'ablation de la tête du métacarpien, lorsque l'on fait l'amputation du doigt.

M. Després. En 1874, j'ai publié, dans le *Bulletin de thérapeutique*, les résultats de trois ablations d'orteil avec la tête de leur métatarsien, et j'ai montré que les malades marchaient bien mieux que ceux qui avaient conservé la tête du métatarsien.

D'autre part, j'ai vu de nombreux amputés du doigt pour lesquels la tête du métacarpien, interposée entre les doigts restants, était une cause de gêne notable.

Pour ce qui est de la pathogénie des anévrismes cirsoïdes, je répondrai à ceux de mes collègues qui ont pris la parole sur ce sujet que je n'ai rien voulu préjuger à cet égard. Cependant, comme la cubitale était seule flexueuse, j'ai cru pouvoir émetire une hypothèse au sujet de l'influence du système nerveux qui accompagne cette artère; mais ce n'est là, je le répète, qu'une hypothèse.

Enfin, en ce qui concerne les critiques relativement à l'utilité qu'il pouvait y avoir à réséquer l'artère dilatée, je répondrai que mon malade a guéri sans qu'il ait été nécessaire de faire l'amputation comme au malade de M. Trélat, et que ce résultat est bien préférable.

M. Marc Sée. Toutes les fois que les artères sont parcourues par une quantité de sang plus considérable qu'à l'état normal, elles se dilatent, c'est là une règle générale, et l'anévrisme cirsoïde n'en est qu'une application particulière.

Quant à l'explication du phénomène, je crois qu'il est rationnel de l'attribuer, non pas à une atrophie de l'artère, mais bien à une hypertrophie produite justement par une exagération de l'afflux sanguin.

Quoi qu'il en soit de l'explication, il n'en est pas moins vrai que lorsque l'on supprime la cause de cette circulation exagérée, l'effet, c'est-à-dire la dilatation artérielle, disparaît également.

M. Trélat. Mais M. Després n'a rien trouvé d'anormal dans les artères qu'il a enlevées.

M. Després. Ce n'est pas moi qui ai examiné la pièce, ce sont les histologistes du Collège de France.

M. Pozzi. Si M. Després ou ses aides n'ont rien trouvé, il n'en est pas moins vrai que la lésion dystrophique dont je parlo a été constatée d'une manière indiscutable, dans un grand nombre d'autres cas, par M. Malassez entre autres ; c'est ce qui est formellement indiqué dans la dernière édition que M. Terrier a donné du *Manuel de pathologie chirurgicale* de Jamain, à l'article *Anévrisme cirsoïde*. Il n'y a qu'une différence de mot entre moi et M. Sée. L'état dystrophique des artères dont nous parlons s'accompagne, cela est vrai, d'une hypertrophie, mais cette hypertrophie ne porte que sur les éléments conjonctifs du vaisseau, et elle a lieu, comme je le disais, aux dépens de l'atrophie des parties les plus essentielles de l'organe, c'est-à-dire de ses fibres musculaires. Celles-ci se régénèrent rapidement quand les conditions morbides ont disparu.

M. Després. La guérison radicale des anévrismes cirsoïdes à la suite de l'ablation d'une tumeur érectile n'est pas aussi certaine qu'on paraît le croire, et Desaix a cité deux exemples de récidive qui se sont produits dans ces conditions.

Il y a, d'ailleurs, lieu de distinguer à cet égard entre les tumeurs érectiles du crâne, bien circonscrites, faciles à enlever en totalité, et les tumcurs semblables de la main, qui sont beaucoup plus diffuses, et, à ce titre, bien plus difficiles à guérir par une opération simple.

M. Trélat. Les idées de M. Després sont en contradiction complète avec nos connaissances actuelles au sujet de l'anévrisme cirsoïde. Ce n'est pas en agissant sur les artères dilatées, mais bien sur la tumeur elle-même que nous guérissons nos malades.

Quant au malade que je rappelais tout à l'heure, pour justifier l'amputation que je lui ai pratiquée, il me suffira de dire que justement sa tumeur érectile occupait toute la main.

L'explication donnée par M. Pozzi aussi bien que celle donnée par M. Sée, me paraissent difficiles à concilier avec le fait de la rapide disparition des dilatations artérielles, lorsqu'on supprime la cause première du mal.

Une guérison aussi rapide paraît être la conséquence de la suppression d'un état physiologique spécial (la facilité exagérée avec laquelle le sang passe des artères dans les veines), bien plutôt que le résultat de la réparation d'un état pathologique aussi prononcé que le serait, soit l'hypertrophie conjonctive des parois artérielles, soit l'atrophie de ses éléments musculaires.

Communication.

M. S. Pozzi communique l'observation suivante :

Observation. — *Hystérectomie pour un corps fibreux de l'utérus compliqué d'hydronéphrose suppurée adhérant au corps fibreux. Ligature élastique du pédicule maintenu à l'extérieur. Traitement ultérieur de l'hydronéphrose. Guérison.*

Il s'agit d'une femme de 43 ans, Esther L..., couturière, entrée, le 25 août 1883, à l'hôpital Pascal (annexe de Lourcine). Réglée à 14 ans ; pas d'enfants ni de fausses couches.

Deux tumeurs remplissent l'abdomen : l'une, médiane, solide, faisant corps avec l'utérus, est un corps fibreux du volume d'une tête d'adulte, dont le début remontait à huit ans ; l'autre, située dans l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque du côté droit, fluctuante et manifestement liquide, date de 4 ans. L'une et l'autre tumeur se sont développées lentement sans donner lieu à d'autres symptômes morbides qu'une légère douleur locale et une gêne croissante pour la marche, si bien que la malade a dû cesser tout travail. Il n'y a jamais eu de métrorragies ; jamais de coliques néphrétiques ni de pus dans les urines.

Entrée à la Pitié, service du professeur Brouardel, le 21 juillet 1883, elle y subit une ponction de la tumeur liquide pour laquelle on porte le diagnostic d'*hydronéphrose*. On retire 650 grammes d'un pus qu'elle compare à de la purée de pois. L'analyse chimique y a décélé une très forte proportion d'urée (communication du Dr Alb. Robin, suppléant du professeur Brouardel).

La tumeur ne reste pas longtemps affaissée. Elle se remplit de nouveau, et en même temps apparaissent des accès fébriles tous les soirs. Une seconde ponction n'amène pas de liquide. Il est probable qu'elle aura été faite trop en avant et aura pénétré dans le corps fibreux.

C'est alors que la malade entre à l'hôpital Pascal. La tumeur du ventre offre un volume considérable. A droite, tout l'espace compris entre les fausses côtes et le bassin est rempli par le kyste fluctuant. Au milieu et à gauche, remontant jusqu'au niveau de l'épigastre, siège la portion solide ou utérine de la tumeur, qui se continue manifestement avec la précédente donnant à l'ensemble la forme d'un cœur de carte à jouer. Le toucher vaginal montre le col abaissé et permet d'arriver tout autour sur la tumeur solide. Celle-ci est tout à fait immobile, mais ne se plonge pas en arrière dans le petit bassin. Le toucher rectal confirme cette dernière particularité.

L'état général de la malade est devenu tout à fait mauvais. Elle a perdu l'appétit et les forces, demeure constamment au lit avec une légère fièvre hectique à accès vespéraux; la température, normale le matin, oscille le soir entre 38 et 38°,5. Elle ne peut dormir qu'à l'aide

d'une injection de morphine pratiquée chaque soir, vu les douleurs qu'elle ressent dans le côté et qu'exagère la pression.

L'urine traitée par la chaleur et l'acide nitrique est très légèrement albumineuse.

En présence de cette tumeur complexe, le chirurgien avait à se poser diverses questions :

1° L'opération était-elle indiquée ? — L'état de plus en plus grave de la malade montrait que c'était l'unique chance de salut. Elle la demandait du reste énergiquement ;

2° Fallait-il se borner à une opération particlle ayant pour but de guérir l'hydronéphrose suppurée dont le diagnostic était assuré par la ponction antérieure ? — Laisser dans l'abdomen la tumeur utérine qui avait déjà amené la destruction d'un des reins était trop menaçant pour l'autre et par suite pour la vie elle-même de la malade. Le chirurgien se proposa donc de faire une opération radicale ;

3° Fallait-il opérer simultanément le kyste rénal suppuré et le fibrome utérin par la laparotomie? Enlever celui-ci et énucléer celui-là ou tout au moins le déterger et le drainer par l'incision abdominale? — Il parut que c'était là une entreprise trop périlleuse : qui, d'une part, aurait causé des delabrements énormes, si l'extirpation de toute la masse avait été tentée ; qui, d'autre part, aurait exposé à la septicémie rapide par la voie péritonéale, si on n'avait pu enlever toute la poche purulente et si une communication quelconque eût été établie entre la cavité kystique et celle de la séreuse abdominale.

Restait donc un dernier parti à prendre : scinder en deux l'opération, traiter en deux temps et par deux voies différentes la tumeur utérine et la collection purulente qui lui adhérait. Éviter le plus possible d'aggraver la première opération par la seconde : diminuer en un mot le danger en le divisant et le répartissant sur deux époques suffisamment éloignées.

D'après cette conception générale, le chirurgien adopta le plan opératoire suivant : commencer par évacuer le kyste purulent par une ponction aspiratrice, sans espoir d'amener ainsi sa guérison définitive, mais pour maintenir la poche affaissée au moins pendant quelques jours. Profiter de ce répit pour pratiquer l'hystérectomie sans danger de rompre un kyste trop tendu ; faire cette opération en prenant le plus grand soin de ménager la paroi de la poche purulente, et par suite avec le projet arrêté de faire au besoin un pédicule supplémentaire avec la portion d'hystérome adhérente à celle-ci.

Enfin, si la malade surmontait les dangers formidables d'une pareille entreprise, traiter ultérieurement l'hydronéphrose suppurée, demeurée la seule lésion, d'abord par les moyens les plus simples, ponctions et lavages antiseptiques, et au besoin par des moyens plus énergiques, ouverture large et drainage dans une partie déclive de la poche, dès que la malade aurait de nouveau la force de supporter ce traitement.

C'est ce plan qui a été suivi de point en point et qui a abouti à la guérison.

Le 17 *septembre* 1883, ponction aspiratrice. On retire un litre et demi

de pus épais, verdâtre. La tumeur du flanc droit disparaît presque complètement.

Le lendemain, 18 septembre, l'ouverture de l'abdomen est pratiquée : incision partant un peu au-dessus du pubis et dépassant en haut de six centimètres l'ombilic. (Une grande ouverture était nécessaire pour bien se reconnaître et manœuvrer à l'aise.) Adhérences molles généralisées, assez facilement décollées avec la main partout, sauf en arrière, où cette manœuvre est plus laborieuse.

La tumeur utérine est aussi complètement dégagée dans toute sa surface. Restait, pour l'enlever, à la détacher des trois connexions suivantes : 1° à gauche, le ligament large qui s'implantait sur sa partie inférieure ; 2° à droite, le ligament large dédoublé et remplacé par une énorme adhérence de l'hystérome avec la poche préalablement ponctionnée et dont les parois paraissent très résistantes : cette adhérence occupe une étendue comparable à deux fois la surface de la paume de la main (avant l'énucléation du corps fibreux) ; 3° inférieurement, le col utérin, ou pour mieux dire la partie inférieure de l'utérus.

Pour faciliter cette manœuvre compliquée, M. Pozzi commence par circonscrire de toutes parts le champ opératoire à l'aide de trois ligatures élastiques placées dans les points précités, c'est-à-dire : 1° à l'union de la masse utérine et du ligament large gauche ; 2° sur l'adhérence droite de l'utérus et de la poche rénale ; 3° sur le col utérin à la base de la tumeur : cette dernière ligature est double, et passe par transfixion à travers le col utérin, dont chaque moitié est étreinte isolément ; la ligature de la moitié droite du col étreint aussi ce qui reste de distinct du ligament large droit. Il y a donc eu tout quatre anses élastiques. Ces ligatures demeureront provisoires ou seront rendues définitives selon le cours ultérieur de l'opération.

S'étant assuré ainsi d'une parfaite hémostase, le chirurgien, armé d'un couteau à amputation, fendit alors rapidement, de haut en bas, la tumeur utérine dans toute son épaisseur, de manière à la séparer en deux moitiés ; puis, à l'aide du doigt et de la spatule, chacun de ces deux segments fut énucléé de la coque musculaire où il était contenu. On dut pour cela avoir parfois recours aux ciseaux. Il n'y eut aucun écoulement sanguin.

Cette première partie de l'opération avait été relativement rapide ; la seconde, constituée par la confection du pédicule, devait être plus laborieuse.

On commença par remplacer la ligature élastique, qui serrait le ligament large gauche, par une double ligature de soie phéniquée ; puis on sépara ce ligament de la capsule utérine qui existait seule à la place de la tumeur. On essaya de faire la même manœuvre à droite, au niveau de la grande adhérence de la poche rénale ; mais on dut y renoncer, après avoir perdu beaucoup de temps, et replacer la ligature élastique, pour se rendre maître de l'hémorragie. Pour la même cause, les anses élastiques qui étreignaient le col utérin et le ligament large droit furent laissées en place. On coupa toute la coque du tissu utérin jusqu'à deux travers de doigt au-dessus des ligatures élastiques, et on se mit en devoir de maintenir ce volumineux moignon à l'extérieur.

La tâche était difficile : pour y parvenir, une section fut faite entre la ligature élastique du ligament large droit et celle qui serrait à sa base le lambeau très vasculaire de capsule utérine adhérent à la poche de l'hydronéphrose. Ce lambeau constitua un premier pédicule. Un second fut formé par le col utérin lui-même et la base du ligament large droit. (On le voit donc, les ovaires ne furent pas enlevés.) Il fut nécessaire, pour amener et maintenir ces deux pédicules à l'extérieur, de les traverser avec de fortes broches qu'on dut également passer au travers des parois abdominales, vu la grande profondeur où étaient situés les moignons utérins. Ces broches, passées en arrière des liens élastiques, ont été d'une efficacité manifeste pour éviter la rétrocession des pédicules au moment de leur élimination.

Cette seconde partie de l'opération avait été très longue et très laborieuse ; toutefois, on avait pu opérer presque constamment en dehors du ventre, en maintenant les parois abdominales rapprochées au-dessus des viscères,et on n'avait eu qu'une perte de sang insignifiante, malgré l'extrême vascularité des tissus divisés. Après la toilette rapide du péritoine, les parois abdominales sont refermées avec des sutures profondes et superficielles, multipliées en couronne autour du double pédicule, de manière à affronter très exactement les surfaces péritonéales. Une ligature de sûreté, en forte soie, est placée autour du pédicule principal.

Durée totale de l'opération : deux heures quarante-cinq minutes. Pansement avec de la tarlatane imbibée d'une solution de sublimé à 2 0/00. (La pulvérisation phéniquée a été faite tout le temps dans la pièce pour maintenir la saturation de l'atmosphère, mais le jet n'a pas été dirigé sur la malade.)

Les suites de l'opération furent très bénignes ; les pédicules présentèrent une tendance considérable à s'enfoncer dans la cavité abdominale; mais, grâce aux broches (qui furent coudées sous cet effort), il n'y eut pas, de ce chef, le moindre accident. Suppuration assez abondante autour du double pédicule mortifié, dont la fétidité est très bien combattue par des pansements au vinaigre de Pennès. A la chute des pédicules, survenue le 29 septembre, il reste une énorme cavité granuleuse en forme d'entonnoir qui se rétracte peu à peu. La cicatrisation est complète le 20 octobre.

Jusqu'à ce moment, la cavité de l'hydronéphrose était restée à peu près vide. Les douleurs qui siégeaient à son niveau avant la ponction n'avaient même pas reparu. La palpation faisait reconnaître une tumeur du volume d'une orange environ. Dans les premiers jours de novembre 1883, le kyste recommence à grossir ; toutefois, la malade, qui se croit guérie, demande à sortir de l'hôpital pendant quelque temps. Son état général est excellent, elle a repris des forces et de l'appétit, et marche facilement quoique un peu courbée sous l'influence de sa cicatrice abdominale.

Au mois de janvier, la poche purulente remplit de nouveau le flanc droit et la fosse iliaque du même côté ; la compression qu'elle exerce donne lieu à des fourmillements dans la jambe. Aucune réaction générale.

Le 20 *janvier* 1884, ponction avec l'appareil de Potain ; on retire deux litres d'un pus verdâtre inodore, où l'analyse chimique révèle 4 grammes d'urée. La poche est lavée avec une solution de sublimé au millième, jusqu'à ce que l'eau ressorte claire. Compression abdominale. A la suite de cette petite opération, il n'est survenu aucun phénomène morbide. La poche est restée vide et rétractée au delà de toute attente. Au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, la malade demande à sortir ; il n'y a plus dans le flanc droit qu'une sorte de bride que l'on sent en déprimant les parois abdominales. Depuis lors, elle est revenue plusieurs fois se soumettre à notre examen, et la dernière, le 15 mars ; *il n'y a pas trace de récidive*. (Si celle-ci s'était produite, on se proposait de faire une large incision et le drainage de la poche dans un point déclive, comme il a été dit plus haut.)

L'opérée a repris son travail et jouit d'une parfaite santé ; il y a tout lieu d'espérer que la guérison est, cette fois, définitive.

En terminant, M. Pozzi insiste sur deux points mis en relief par cette observation :

1° Le rôle des corps fibreux de l'utérus dans la production de lésions rénales et en particulier de l'hydronéphrose. Il a trouvé de nombreux cas dans la littérature médicale qui seraient à rapprocher du sien. On conçoit toute l'importance de ce fait au point de vue des indications thérapeutiques et aussi du pronostic. Beaucoup de morts rapides après l'hystérectomie doivent, sans aucun doute, être attribuées à une dégénérescence plus ou moins avancée de l'appareil rénal, dont la gravité a été subitement exagérée par l'action perturbatrice du traumatisme;

2° L'utilité considérable de la *ligature élastique* dans les opérations d'ablation de tumeur abdominale, soit qu'on s'en serve temporairement pour assurer rapidement l'hémostase durant l'opération, soit qu'on la transforme en mode définitif de ligature du pédicule en remplaçant la pièce mobile du *ligateur de M. Pozzi* par deux fils de soie noués à peu de distance l'un de l'autre[1].

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

[1] Cf. Note sur la technique de la ligature élastique. (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 28 novembre 1883). On doit ajouter ceci à cette note : Lorsqu'on désire lier très fortement la ligature ou qu'on opère sur des tissus très résistants, comme dans l'hystérectomie, M. Pozzi conseille de faire deux tours avec le cordon élastique préalablement bien tendu.

Séance du 16 avril 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*;

2° Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie ;

3° Note sur le spéculum bivalve et l'écarteur vaginal à trois branches de M. le Dr Neugebauer, de Varsovie ;

4° Observation de *taille hypogastrique*, par M. Houzel, de Boulogne. (Rapporteur, M. Perier.)

A l'occasion du procès-verbal.

M. Berger communique un cas d'*anévrisme cirsoïde de la main* à peu près analogue à celui de M. Desprès, et dont il a obtenu la guérison à l'aide des injections de perchlorure de fer.

Dans la dernière séance, dit-il, M. Desprès vous a présenté une malade qu'il a guérie d'une tumeur cirsoïde artérielle du doigt médius et de la paume de la main, compliquée d'une varice artérielle de la cubitale, par l'amputation dans la continuité du métacarpien correspondant à ce doigt et par la dissection et l'ablation d'une certaine longueur du vaisseau malade. Voici la relation d'un fait pathologique analogue où j'ai pu obtenir la guérison, sans avoir recours à une ressource aussi extrême, par l'emploi d'un moyen qui me semble trop négligé aujourd'hui ; je veux parler de la méthode des injections coagulantes au perchlorure de fer, telle qu'elle a été préconisée par M. Gosselin. L'histoire de ce malade est intéressante à plus d'un titre ; en voici l'observation recueillie par M. le Dr Picqué :

Le nommé P... Valentin, âgé de 20 ans, sertisseur, entre le 30 août 1882 dans le service de M. Berger, à la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 25.

Le malade ne présente aucun antécédent morbide intéressant à signaler: notons cependant que sa mère, qui vit encore, porte à la face et du côté gauche une tache érectile artérielle, rouge et peu étendue.

L'affection pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté il y a 4 ans, et précisément en un point où siège un nœvus peu étendu et où porte constamment l'instrument dont il se sert dans son métier. Tout d'abord, la lésion fut caractérisée par une légère tuméfaction qui resta longtemps stationnaire, ne provoqua aucune douleur, et n'empêcha pas le malade de continuer son métier. Mais peu à peu l'affection augmenta progressivement de volume, tout en restant indolente. Depuis 2 mois seulement, elle devint légèrement douloureuse à la pression ; il y a 5 semaines, le malade a dû cesser tout travail.

État actuel. A la racine de l'index, dans l'espace interdigital et le long du bord interne de ce même doigt jusqu'au niveau de la dernière articulation phalangienne, où elle se prolonge en forme de fuseau, existe une tuméfaction molle, présentant des inégalités et des sillons à sa surface, et offrant une coloration bleuâtre qui ne tient pas à la peau, mais à la tumeur elle-même, qu'on voit par transparence. Au point le plus saillant de la tumeur, on aperçoit une tache bien nette, circonscrite, présentant une étendue de 2 à 3 millimètres des bords un peu irréguliers, et une coloration rouge pâle tranchant sur la coloration bleuâtre susindiquée : c'est le nœvus que nous avons précédemment indiqué, mais sur l'origine duquel le malade ne peut nous donner aucun renseignement précis, il nous dit cependant l'avoir toujours observé.

A la palpation, cette tumeur nous donne une sensation spéciale de vaisseaux dilatés et flexueux rappelant des pelotons de vermicelle ou de macaroni : elle est manifestement sous-cutanée et la peau se plisse facilement à sa surface : mais le toucher nous donne également au niveau de la paume jusqu'au pli de l'éminence thénar et aussi jusque dans la région du médius une sensation de mollesse qui nous montre qu'en réalité la tumeur présente une étendue plus considérable que la vue pouvait nous le faire supposer au premier abord. Cette tuméfaction est pulsatile à l'œil nu, la sensation en est très nette à la main, moins prononcée toutefois au doigt. Ces battements sont isochrones au pouls.

L'auscultation révèle un souffle intermittent systolique sans thrill ni frémissement cataire vibratoire.

A la pression directe, on parvient à réduire en grande partie la tumeur, mais son affaissement s'obtient également par la compression simultanée des artères radiale et cubitale, ou de l'humérale.

La compression de la radiale seule suffit du reste à produire le même résultat, qu'on peut obtenir aussi, pour peu qu'on maintienne le membre pendant quelques instants dans l'élévation. La pulsatilite disparaît en même temps que se produit l'affaissement.

Lésions de voisinage. — L'artère radiale présente des flexuosités manifestes et un bruit de souffle intermittent très net ; le bruit continu qu'on y entend parfois pourrait bien ne tenir qu'à la pression du stéthoscope ou à une cause extra-artérielle : par moments, on y perçoit aussi un frémissement particulier appréciable par l'application méthodique des 4 doigts sur l'artère.

L'artère cubitale présente des signes stéthoscopiques semblables, mais moins accusés.

L'artère interosseuse ne semble être le siège d'aucune dilatation.

L'humérale au pli du coude présente des pulsations exagérées.

Dans la région du cœur, on perçoit à la vue et au toucher des battements.

Soulevant légèrement la paroi thoracique, la percussion révèle une zone de matité plus étendue qu'à l'état normal.

A l'auscultation, on entend un bruit de souffle au 1er temps et à la pointe.

A la base, on perçoit un souffle analogue qui pourrait bien n'être qu'une propagation du précédent ou un souffle anémique.

État des veines.—Les veines de la face dorsale de la main sont considérablement augmentées de volume et flexueuses : elles donnent lieu à un contraste frappant quand on vient à comparer les 2 mains.

Ce sont manifestement des veines, et quand on les vide du côté de la périphérie, on constate qu'elles se remplissent de la périphérie au centre. Elles sont de plus légèrement pulsatiles au doigt et aussi à la vue : le stéthoscope n'y révèle qu'un soufflo doux difficilemeut appréciable.

A l'avant-bras, les veines présentent également un développement assez marqué, mais moins prononcé cependant qu'à la main.

Au pli du coude, on observe enfin une dilatatiou veineuse très manifeste.

En présence de ces signes, l'ou peut dire que l'on a affaire dans ce cas à une tumeur cirsoïde artérielle, et plus complètement à 4 lésions successives et dépendant manifestement l'une de l'autre, le nœvus, la tumeur cirsoïde, la varice artérielle et la varice veinienne.

Le traitement.—La compression directe fut d'abord essayée au moyen d'un gantelet spécial en tissu élastique comprimant la partie saillante de la tumeur. Ce traitement, qui ne fut du resto employé que pour permettre l'examen plus complet de la tumeur et l'étude des divers moyens chirurgicaux à lui opposer, ne fournit aucun résultat et donna lieu même à quelque douleurs qui durent faire renoncer à son emploi.

Le 8 *novembre*, M. Berger pratiqua une double injection de 8 gouttes d'une solution de perchlorure de fer à 15° dans les 2 points les plus saillants de la tumeur.

Une compression méthodiquo fut faite pendant un quart d'heure à la périphérie pour s'opposer à la migration possible des caillots.

Le soir, les battements avaient diminué, il existait un gonflement modéré qui resta stationnaire les jours suivants et qui s'accompagna le lendemain d'une douleur assez vive qui s'irradiait dans la main. Mais le surlendemain, les battements reparurent, sauf au niveau des points injectés, où l'on pouvait sentir une légère tuméfaction.

Le 21 *novembre*, deux autres injections furent pratiquées en des points différents, l'une de 20 gouttes, l'autre de 10 gouttes environ.

Il se produisit immédiatement 2 taches cutanées blanchâtres qui firent penser à la production ultérieure de 2 escarres.

Le gonflement fut en outre de suite assez notable, en même temps

se produisaient des douleurs vives irradiées vers la paume de la main.

Le 23 *novembre*, les plaques blanchâtres ont pris une coloration noirâtre, la tuméfaction est restée stationnaire, les douleurs ont notablement diminué.

Un pansement rigoureusement antiseptique est appliqué et maintenu jusqu'à la chute des escarres.

Le 25 *décembre*, aucun accident ne s'est produit, les escarres sont presque entièrement détachées : la suppuration est nulle ou à peu près : il n'est survenu aucune hémorragie au moment de leur chute.

Le 30 *janvier*, les plaies qui leur succèdent sont atoniques et n'ont que peu de tendance à la réparation.

Le 15 *janvier*, les plaies sont fermées et n'ont donné lieu à aucune cicatrice vicieuse ou gênante : les mouvements du doigt sont normaux. Les battements ont cessé dans toute l'étendue de la tumeur,il ne reste qu'un peu de dilatation au niveau des collatérales du pouce et de l'index. Les battements artériels de l'avant-bras ont sensiblement diminué. Les veines de la main sont moins flexueuses qu'auparavant, on n'y perçoit plus de battements.

Depuis lors, le malade est revenu plusieurs fois à la Charité se présenter à M. Berger : il ne s'est produit aucun retour de l'affection.

Il a été perdu de vue dans le courant du mois de février.

Parmi les particularités intéressantes que présente cette observation, je dois relever, au point de vue de l'étiologie, l'hérédité, qui paraît nettement indiquée par l'existence d'une tumeur érectile chez la mère de notre malade. L'hérédité, ici, donne une valeur exceptionnelle à une condition étiologique qui, à la face surtout, a été considérée comme jouant le rôle de cause prédisposante dans la formation des anévrismes cirsoïdes : l'existence d'une tumeur érectile artérielle préexistante à la tumeur cirsoïde, à laquelle Broca et Heine ont attribué une grande importance, en rapportant à une imperfection de développement l'apparition ultérieure des varices artérielles. Nous trouvons également ici le traumatisme comme cause efficiente; non point le traumatisme brusque, instantané et unique, mais le traumatisme à chaque instant répété qui procédait de la pression des instruments de travail contre la main au siège même où se produisit la tumeur.

Au point de vue de la symptomatologie, nous trouvons ici, bien marquée, la coexistence des quatre lésions distinctes que voici :

1° Une tumeur érectile artérielle cutanée, constituée par la dilatation des capillaires artériels de la peau;

2° Une tumeur cirsoïde artérielle sous-cutanée, constituée par la dilatation des ramuscules artériels de dernier ordre au-dessous et autour de la tache érectile cutanée; c'est la lésion que M. Gosselin a si bien décrite et qu'il s'est appliqué à faire distinguer des deux autres sortes de dilatations vasculaires, celle des capillaires et celle des troncs;

3° Une dilatation des artères du membre supérieur aboutissant à la tumeur cirsoïde, dilatation affectant principalement la radiale, mais se continuant par l'intermédiaire de l'artère humérale jusqu'aux vaisseaux du thorax, peut-être même jusqu'au cœur, ainsi que semblait l'indiquer le bruit de souffle perçu à l'orifice aortique;

4° Enfin une dilatation des veines du membre qui étaient animées de battements isochrones aux battements du pouls.

La coïncidence de ces quatre ordres de lésion faciles à reconnaître et à distinguer les unes des autres chez notre malade caractérise les anévrismes cirsoïdes des membres, lesquels, en raison de la part que les veines prennent à l'ectasie vasculaire et des pulsations qu'elles présentent, ont reçu d'Otto Weber le nom de *phléb-artériectasies*. Ces pulsations veineuses indiquent-elles l'existence de communications artério-veineuses directes ou simplement l'énorme dilatation des capillaires ? On sait que des faits anatomiques de Krause et de Nicoladoni semblent justifier la première de ces hypothèses; mais ce n'est pas en présence d'un fait clinique terminé par guérison que je me permettrai de discuter ces questions. Telle est aussi la raison pour laquelle je ne veux pas m'étendre sur la pathogénie de l'affection qui nous occupe. Je note seulement que c'est au siège précis où l'on trouvait chez notre malade une tumeur érectile et où venait appuyer l'instrument de travail, que s'est développée la tuméfaction première, que c'est en s'attaquant à la tumeur cirsoïde proprement dite que nous avons vu les dilatations circonférencielles guérir et disparaître à leur tour. Ce fait vient donc bien à l'appui des idées de ceux qui placent dans une trop facile communication des artères et des veines au niveau d'une tumeur érectile, l'origine d'une dilatation vasculaire qui remonte en gagnant d'une part les ramuscules, les rameaux, les branches et les troncs artériels, et d'autre part les veines.

Pour ce qui est du traitement, enfin, je ne puis concevoir les raisons du discrédit où paraît être tombée la méthode des injections coagulantes appliquées aux tumeurs cirsoïdes artérielles des membres : serait-ce leur peu d'efficacité qui les a fait rejeter? Notre observation, après bien d'autres, montre que l'on peut en attendre la guérison, même dans des cas où les lésions sont étendues et complexes. Serait-ce la crainte des accidents qu'elles peuvent déterminer, de l'hémorragie et des inflammations consécutives? Même dans le cas où l'action de l'agent coagulant a déterminé des escarres, ces complications ne se présentent pas toujours, l'immobilité, la compression du membre, jointes à l'élévation et à l'action des réfrigérants, peuvent les prévenir, et si elles se montrent, le chirurgien est parfaitement armé pour en arrêter le cours aux membres mieux que partout ailleurs. D'ailleurs, n'a-t-on pas

toujours comme dernière ressource l'amputation, à laquelle on devrait avoir recours d'emblée si l'on n'avait pas dans la méthode si judicieusement préconisée par M. Gosselin un moyen d'éviter en bien des cas la mutilation.

Je crois donc que dans le traitement des tumeurs cirsoïdes artérielles des membres, compliquées ou non de varices artérielles et de phlébartériectasies, il faut avoir d'abord recours aux injections interstitielles de perchlorure de fer, et ne pas craindre de les employer largement, quand bien même elles devraient entraîner dans un cas ou dans l'autre quelques complications fâcheuses contre lesquelles en dernier ressort l'on aurait toujours à sa disposition l'amputation de la partie malade.

Discussion.

M. Desprès. Dans la dernière séance, plusieurs de nos collègues ont déclaré qu'ils enlevaient les anévrismes cirsoïdes, mais qu'ils ne s'occupaient pas des dilatations artérielles circonvoisines, parce qu'elles reviennent sur elles-mêmes spontanément. Je me demande alors où ils font finir leur anévrisme cirsoïde. Pour moi, il finit justement quand les artères qui alimentent la tumeur ne sont plus flexueuses, et c'est pour cela que je crois devoir les enlever. Agir autrement, c'est faire une opération partielle qui peut modifier la tumeur au point d'en amener la guérison, mais qui peut également rester inefficace, et être suivie de récidive.

On a dit également que le mal commençait par la tumeur, et que cette dernière était la cause unique des dilatations artérielles périphériques. Comment se fait-il alors que, dans mon cas particulier, toutes les artères voisines de la tumeur ne soient pas devenues flexueuses ; pourquoi la dilatation est-elle restée limitée à la cubitale ?

En présence de ces faits, je crois pouvoir maintenir l'opinion que j'ai formulée à la dernière séance, à savoir que la question de l'anévrisme cirsoïde n'est pas encore élucidée, et que l'on peut fort bien admettre la vraisemblance de l'hypothèse qui expliquerait le phénomène par la maladie des nerfs qui accompagnent les artères principales jusqu'à leurs dernières divisions. En détruisant avec l'artère les nerfs qui l'accompagnent, on supprime la cause de la dilatation, et celle-ci disparaît.

Je répondrai à M. Berger que le traitement dont il vient de nous parler, applicable sur un malade encore jeune comme l'était le sien, ne l'est plus sur un sujet âgé dont les tissus ont perdu leur vitalité et qui se gangréneraient bien plus facilement sous l'influence des injections coagulantes.

M. Verneuil. Dans tout anévrisme cirsoïde il y a deux régions bien faciles à reconnaître l'une de l'autre, c'est la tumeur proprement dite et les dilatations artérielles périphériques. En ce qui concerne la tumeur, l'ablation complète est nécessaire, cela est incontestable, si l'on veut obtenir une guérison définitive ; mais il n'est pas nécessaire pour cela de toucher à la seconde zone, celle des artères dilatées.

Je dirai à M. Berger qu'à mon avis les injections de perchlorure de fer sont avantageusement remplacées par la liqueur de Piazza. La réaction qu'elles déterminent est beaucoup moins vive.

Communication.

PÉRINÉORRHAPHIE.

M. Trélat. J'avais été chargé de rendre compte de deux observations de périnéorrhaphie et de fistule recto-vaginale pratiquées avec succès, chez des femmes jeunes, par le docteur Queirel (de Marseille). M. Queirel étant devenu notre collègue, comme membre correspondant, je n'insiste pas sur ses observations, que je dépose sur le bureau.

Aussi bien, peuvent-elles se résumer l'une et l'autre en quelques mots : Avivement large ; suture périnéale entrecoupée ; un point de suture profonde avec plaques de plomb ; suture vaginale.

M. Trélat profite de cette occasion pour examiner à nouveau quelques points du manuel opératoire de la périnéorrhaphie.

J'ai longtemps pratiqué et enseigné un mode opératoire de la périnéorrhaphie, dont la description dictée par moi figure dans la thèse de mon ancien interne, M. le docteur Marcel Boraud (*Étude sur la périnéorrhaphie*, Paris, 1879, n° 459).

A vrai dire, cette opération ne présentait qu'une seule particularité relative à la suture profonde. Celle-ci consistait en deux ou trois points de suture enchevillée avec plaques de plomb, comprenant une grande épaisseur de tissus, et autant que possible rectilignes dans leur trajet. Leur fermeture accolait l'un à l'autre, comme les deux côtés d'un livre ouvert, les deux côtés de l'avivement vulvo-périnéal. Cet avivement était d'ailleurs semblable à celui de M. Verneuil ou de M. Deroubaix ; et comme M. Verneuil, je faisais une suture vaginale, une suture périnéale superficielle, et point de suture rectale.

Ce n'était certes pas une mauvaise opération, puisque à l'époque où M. Boraud imprimait sa thèse je notais sur onze opérations huit succès complets, un échec absolu par suite de diarrhée pro-

fuse, une mort de septicémie suraiguë survenue le quatrième jour, et enfin une guérison avec fistule recto-vaginale si petite, que pendant plus de quinze ans la malade n'en éprouva aucune incommodité.

Deux autres fois, depuis la thèse de M. Boraud, j'ai pratiqué la même opération avec un succès complet et rapide. C'est donc, en somme, dix guérisons sur treize cas; et encore faut-il dire que la petite fistule recto-vaginale survint chez ma première opérée alors que je n'avais encore aucune expérience personnelle.

Cette opération présentait cependant quelques inconvénients, moins au point de vue du résultat, qu'à celui de l'exécution et du processus de la cure. En effet, le placement de ces fils profonds, à long trajet, n'était pas sans difficulté. Il m'avait été de plus impossible de faire cheminer les fils dans toute leur étendue au sein des parties molles. Le plus caché d'entre eux émergeait cependant dans l'angle supérieur de la plaie; cela, bien entendu, avant de serrer les sutures, toutes celles-ci disparaissant par la cooptation des deux faces juxtaposées.

D'autre part, la grande épaisseur de parties molles comprises entre les plaques de plomb et maintenues au contact par leur action, nécessitait un effort assez énergique, une forte pression des plaques; et comme l'espace ne permettait pas de leur donner de très grandes dimensions, on voyait, vers le quatrième ou cinquième jour, la peau se creuser, s'ulcérer sous les plaques, laisser pénétrer celles-ci dans la profondeur et la suppuration s'établir sur le trajet des fils. Mauvaises conditions, qui réclamaient un enlèvement prématuré de la suture, ou exposait à un échec. Dans plusieurs cas, je n'ai dû le salut qu'à cet enlèvement prématuré suivi de soins très attentifs.

J'avais, dans mes dernières opérations, porté remède à cet inconvénient en desserrant les fils de la suture profonde le lendemain ou le surlendemain de l'opération. Cette petite manœuvre me donna un excellent résultat dans mes deux derniers cas.

Elle était néanmoins incertaine dans ses effets, puisqu'on n'a aucune donnée précise pour juger du degré convenable de la pression. Res aient, d'ailleurs, les inconvénients relatifs au placement des fils. Aussi, lorsque M. Jude Hüe nous eut fait connaître ses résultats obtenus d'après les méthodes préconisées par Gaillard Thomas, lorsque ces résultats eurent été confirmés par plusieurs de nos collègues, et en particulier par MM. Terrillon et Monod, je me crus autorisé à mon tour à entrer dans cette voie, et mes trois dernières opérations de périnéorrhaphie ont été faites en suivant de près les indications de Gaillard Thomas. Elles me donnent une guérison absolument parfaite, une guérison parfaite au point de vue

plastique, et un peu insuffisante quant à la contention des matières fécales liquides, et enfin une guérison avec très petite fistule recto-vaginale. Il faut dire que, chez cette dernière malade, extrêmement nerveuse et impressionnable, le résultat était parfait le neuvième jour, après une selle et l'enlèvement des fils; mais qu'elle fut prise, le dixième jour, sous l'influence d'une contrariété, d'une diarrhée qui provoqua seize garde-robes, et qui est très probablement la cause de la fistule.

Ces expériences me permettent d'affirmer que la restauration du corps périnéal proprement dit s'effectue très bien par le mode de suture d'Emmet et de Gaillard Thomas. Cette suture, qui se fait très aisément à l'aide d'une aiguille à grande courbure circulaire, est beaucoup plus facile à faire que la mienne; elle rapproche très parfaitement les parties; elle est beaucoup mieux tolérée et peut séjourner plus longtemps sans aucun inconvénient.

C'est pour ces motifs que je l'adopterai désormais, sans que je croie qu'elle donne de meilleures assurances contre l'apparition de la fistule recto-vaginale, pas plus que pour une plus puissante rétention des matières fécales. Il suffit, néanmoins, que la facilité d'exécution et la tolérance plus grande existent pour que ce choix soit légitime. Cette substitution est, d'ailleurs, dans la tendance générale; car, outre nos collègues que j'ai déjà cités, MM. Monod et Terrillon, notre éminent collègue M. Verneuil, qui, en 1877, ainsi que l'attestent ses *Mémoires de chirurgie*, faisait encore la suture enchevillée, exécute aujourd'hui la suture entrecoupée.

Cette suture entrecoupée suffit-elle, à elle seule, à maintenir l'affrontement des parties? Je crois que M. Terrillon continue à placer un ou deux points de suture enchevillée comme renfort de la suture entrecoupée. Cette adjonction ne me paraît pas nécessaire; si j'en juge par mes trois derniers faits, la réunion s'opère complètement avec la seule suture entrecoupée.

Jusqu'ici, je n'ai envisagé que le corps périnéal proprement dit, c'est-à-dire cet épais triangle de parties molles dont l'opération affronte les deux côtés; mais, en avant de ce triangle se trouve la région de la fourchette constituée par une sorte de lame beaucoup plus mince; les sutures profondes ne portent pas sur cette partie.

Dans mes opérations récentes, j'ai conservé pour cette région la suture périnéale superficielle et la suture vaginale. En agissant ainsi, on a évidemment une réunion parfaite; mais, par suite de la reconstitution de la fourchette, la suture vaginale est très difficile à enlever si on se sert de fils métalliques simplement tordus, comme je le fais toujours. Dans un de mes cas, j'ai fait cette suture vaginale avec le catgut sans être complètement satisfait; s'il est trop gros, il se noue mal; s'il est trop fin, il se coupe trop tôt. J'en suis

alors venu à la soie phéniquée de Czerny, que je n'enlève que très tardivement ou qui disparaît dans les lavages. Je sais bien qu'on pourrait, pour éviter ces difficultés, employer les petits boutons de porcelaine surmontés de tubes de Galli de M. Verneuil, ou les plombs à double tube de M. Lefort; mais il y a bien longtemps que j'ai exclusivement adopté comme moyen de fermeture des sutures la torsion pour le fil métallique et le nœud pour les fils souples, et je crois qu'il faut chercher autant que possible à éviter de multiplier les corps étrangers au contact des sutures.

D'ailleurs, si le procédé figuré par M. Jude Hüe donnait une entière sécurité, toutes ces petites divergences seraient promptement effacées. En effet, notre confrère de Rouen continue sur la région de la fourchette, la suture entrecoupée du corps périnéal, avec cette différence toutefois que l'anse de chacun des points est libre dans le vagin. Il n'a donc pas de points de suture vaginale. Chacun des points qu'il fait transperce la peau, l'épaisseur des parties molles, la muqueuse vaginale et revient de l'autre côté, en traversant la muqueuse, les parties molles et la peau. Ce fil est noué ou tordu sur le périnée; son enlèvement est donc des plus faciles. Mais il a l'inconvénient de froncer toutes les parties qu'il comprend et de tendre autant à rapprocher la peau de la muqueuse de chaque côté, qu'à affronter les parties saignantes dont on cherche la réunion. C'est pour cette raison que je n'ai point encore osé employer cette partie du procédé et que j'ai conservé pour cette région de la fourchette les deux sutures séparées: suture de la muqueuse vaginale, suture cutanée superficielle.

Néanmoins, la manœuvre de M. Jude Hüe serait plus simple et je serais heureux de provoquer l'apparition de preuves en sa faveur, si toutefois elles existent.

Je demande la permission de résumer en terminant, et d'une manière brève, l'opération de la périnéorrhaphie que je pratique actuellement:

Avant l'opération, obtenir la parfaite régularité des selles; large purgatif deux jours avant l'opération. Le matin de l'opération, grand lavement. Pilules d'extrait thébaïque depuis la veille de l'opération.

Pour l'opération elle-même: avivement, comme M. Verneuil, comme M. Deroubaix, comme je l'ai décrit dans la thèse de M. Boaud; suture de la région anale et du corps périnéal, suivant le procédé d'Emmet, Gaillard Thomas; suture vaginale avec la soie de Czerny; suture de la fourchette avec le fil d'argent fin. Quelques points superficiels entre les points périnéaux de la suture profonde, s'il le faut; mais c'est rarement nécessaire.

Extrême propreté et préservation antiseptique de la région

opérée : lavages réitérés avec l'eau chloratée ou boratée. Je ne parle pas ici du bichlorure de mercure, que je n'ai pas employé, et qui pourrait être essayé. Alimentation modérée, mais réparatrice et donnant peu de matières fécales : vin, viande, pas de farineux. Constipation maintenue par l'extrait thébaïque pendant six à sept jours ; le septième ou le huitième jour, purgatif évacuant ; autant que possible l'huile de ricin.

Quelques fils superficiels auront pu être enlevés dès le quatrième jour ; tous ceux qui restent seront enlevés le lendemain du purgatif, le huitième ou le neuvième jour.

Repos complet au lit. Extrême propreté, toujours antiseptique ; reprendre la constipation pour trois jours. Du douzième au quinzième jour la guérison sera entièrement achevée, et dans cette période la malade pourra être avantageusement baignée.

Discussion.

M. Verneuil. Depuis que je fais la périnéorrhaphie, je me suis toujours servi du même procédé, sauf en ce qui concerne le mode de suture. J'ai renoncé, en effet, à la suture enchevillée, parce que je trouve qu'elle fait trop souffrir les malades.

Je fais des sutures périnéales et des sutures vaginales, en me servant du chasse-fil pour passer les fils, qui sont en argent, aussi bien pour le périnée que pour le vagin. Le retrait des fils, de ceux surtout qui occupent le vagin, est quelquefois laborieux, en raison de leur enchatonnement dans la muqueuse, et l'on risque fort, en les coupant, d'en laisser l'anse dans les tissus. Cet inconvénient cesse, si l'on a le soin, avant de tordre les fils, d'en passer les chefs dans les trous d'un bouton de nacre ordinaire. Il suffit, pour enlever le fil sans laisser l'anse métallique, de soulever le bouton et de donner un coup de ciseaux au-dessous. Les malades ne souffrent pas du tout de la présence de ces boutons, que je laisse en place huit ou dix jours. Depuis que j'emploie cette méthode, je n'ai jamais manqué mes restaurations périnéales. Il arrive parfois que, sur les douze à quatorze fils que je place, un ou deux manquent, mais cela ne compromet nullement le succès.

M. Trélat nous parle de lavages antiseptiques fréquents ; il va sans dire que je les approuve sans réserve, mais je leur préfère des pulvérisations phéniquées. Cela calme beaucoup les douleurs de la malade et fait cesser les phénomèmes inflammatoires.

M. Richelot. Je viens de faire une périnéorrhaphie très profonde, et j'ai pu m'assurer que la suture enchevillée était inutile, que la suture entrecoupée suffisait.

En ce qui concerne le procédé de M. Jude Hüe, qui consiste à passer un fil dont le plein passe par le vagin, afin d'éviter le plan de suture vaginale, je crois pouvoir ajouter aux objections formulées par M. Trélat, que cette méthode, applicable peut-être aux déchirures superficielles, est complètement inapplicable aux déchirures étendues, se terminant par un éperon situé plus ou moins haut sur la cloison recto-vaginale. Cette cloison, en effet, est beaucoup trop mince pour qu'on ait une place suffisante pour échelonner les trois ou quatre fils nécessaires pour maintenir les parties affrontées.

J'ajouterai que chez ma malade j'ai dédoublé la cloison vaginale au-dessus de l'éperon, et que j'ai abaissé, autant que je l'ai pu, la paroi postérieure du vagin. Dans ces conditions, cette paroi formait un opercule qui empêchait l'écoulement des liquides vaginaux sur la plaie.

Je me suis servi de fils en crin de Florence, qui offrent cet avantage que le premier nœud que l'on y fait tient assez solidement pour ne pas se desserrer pendant que l'on fait le second. On peut, en outre, laisser ce fil plus longtemps en place, parce que les tissus le tolèrent admirablement. Si on en perd un ou deux en les enlevant, il n'y a pas à s'en occuper.

M. Després. Le bouton de nacre dont fait usage M. Verneuil, et qui a été recommandé par Duboué, est fort utile, mais je crois que l'on peut s'en passer, surtout si l'on a soin que le point où se fait la torsion des fils corresponde, non pas au niveau de la plaie, ainsi que cela se pratique d'habitude, mais bien à ses parties latérales.

J'ai fait trois périnéorrhaphies ; une fois l'éperon a manqué et il a persisté une fistule recto-vaginale. Les deux autres fois, le résultat a été complet. Il est vrai que les deux malades avaient un périnée et une cloison recto-vaginale très épais.

Pour empêcher les liquides vaginaux de couler sur la plaie, j'ai fait coucher mes malades sur le ventre.

M. Trélat. A part quelques différences toutes personnelles, nous sommes d'accord, M. Verneuil et moi, sur le procédé à employer pour la périnéorrhaphie.

Qu'importe, en effet, que M. Verneuil trouve le chasse-fil fort commode, alors que je le trouve incommode ; que M. Verneuil se serve de bouton de nacre, alors que moi je ne m'en sers pas ; l'important, c'est que nos opérations fondamentales sont les mêmes : l'avivement est le même, les sutures profondes et superficielles ont le même siège. Le reste est accessoire et sans importance.

Lecture.

M. Louis Thomas (de Tours), membre correspondant, lit l'observation suivante :

Observ. — *Prolapsus utérin irréductible. Ablation du corps de l'utérus par la ligature élastique. Guérison par* M. Louis Thomas *chirurgien de l'hôpital de Tours.*

Le prolapsus utérin est rarement irréductible. L'irréductibilité est en outre presque toujours passagère ; le repos, des applications froides et astringentes, en diminuant la congestion et le volume de l'organe déplacé, rendent généralement sa réduction facile. Il faut donc peu s'étonner si la plupart des auteurs se taisent sur la conduite à tenir lorsque l'irréductibilité a résisté aux moyens précédents et est devenue permanente. Doit-on alors considérer l'infirmité comme au-dessus des ressources de l'art et se borner à soutenir la matrice à l'aide d'un suspensoir ? L'observation suivante, dans laquelle les circonstances m'ont forcé la main, tendrait à prouver qu'il y a mieux à faire et que, sans faire courir do grands dangers à l'existence, une guérison radicale n'est pas impossible.

Le 15 mai 1882, entre dans mon service à l'hôpital de Tours la nommée B..., âgée de 60 ans, domestique. Cette femme, grande et robuste, me fournit les renseignements suivants : Elle a eu, à l'âge de 30 ans, une seule grossesse qui a suivi un cours régulier et s'est heureusement terminée. Depuis lors elle n'est pas devenue enceinte. Peu de temps après son accouchement elle s'est aperçue qu'elle avait une hernie crurale gauche et a fait usage d'un bandage. Depuis deux ans seulement elle est atteinte de chute de la matrice. On lui a conseillé de porter un pessaire, mais malgré ce moyen de contention il arrive fréquemment, presque chaque fois qu'elle fait un effort un peu énergique, que la matrice s'échappe à la vulve et vient faire extérieurement une saillie du volume d'un œuf. La malade se place alors dans le décubitus horizontal et en obtient facilement la réduction.

Quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, la matrice est sortie brusquement à la suite d'un effort ; mais, contrairement à ce qui se passait ordinairement, toutes les tentatives de réduction sont restées infructueuses. La malade a continué néanmoins à vaquer à ses occupations et c'est seulement depuis trois ou quatre jours que, vaincue par la souffrance, elle a dû s'aliter.

Je constate la présence à la vulve d'une tumeur volumineuse, pyriforme, à grosse extrémité dirigée en arrière et recouvrant complètement le périnée. La petite extrémité, dirigée en avant (en haut dans le décubitus dorsal), correspond à la symphyse pubienne, sur laquelle elle est assez étroitement appliquée et recouvre la partie supérieure de la vulve. Le grand axe de la tumeur mesure 14 centimètres. Sa circonférence au voisinage de sa partie postérieure égale 25 centimètres.

A l'union de son tiers antérieur et de ses deux tiers postérieurs, la tumeur présente un étranglement, en deçà et au delà duquel elle offre un aspect fort différent. La portion antérieure est cylindrique ; sa surface est rouge et saigne facilement ; elle se termine par une extrémité arrondie au centre de laquelle on distingue un orifice transversal dont les lèvres sont baignées par un liquide muco-purulent. A ces caractères il est facile de reconnaître le col de l'utérus.

La grosse extrémité de la tumeur, située en arrière de l'étranglement, est couchée au-devant de l'anus et du périnée. Elle est pyriforme, étendue, mate dans toute son étendue. Sa surface est grisâtre, sèche, comme parcheminée, et présente sur divers points des stries grisâtres de sphacèle.

Si par l'orifice de l'extrémité antérieure, orifice du col, on introduit une sonde cannelée, elle pénètre à une profondeur de 9 à 10 centimètres, suivant le grand axe de la tumeur, et l'extrémité de l'instrument est perçue à travers la paroi, dont l'épaisseur peut être évaluée à près de 2 centimètres.

En contournant le fond de la tumeur avec l'index, on ne peut pénétrer dans le vagin, le doigt est arrêté au niveau de la commissure postérieure. La paroi vaginale postérieure est renversée à l'extérieur et se réfléchit pour recouvrir la tumeur en avant.

Si on écarte l'extrémité antérieure de la tumeur de l'arcade pubienne, on découvre le méat urinaire et on peut introduire le doigt dans le vagin ; mais il est arrêté à une profondeur de trois centimètres. En ce point la paroi vaginale forme un cul-de-sac et se réfléchit sur la tumeur.

L'urètre a subi une déviation si prononcée que le cathétérisme est impossible avec une sonde métallique. On ne peut le pratiquer qu'avec une sonde molle.

Par le toucher rectal, on reconnaît que le rectum a conservé ses rapports normaux et est complètement indépendant de la tumeur. On constate l'absence de l'utérus dans l'excavation pelvienne. Entre le doigt introduit dans le rectum et un doigt engagé dans le cul-de-sac antérieur du vagin, on sent comme un paquet de cordes tendues se dirigeant de l'intérieur du bassin vers la tumeur.

En présence de ces signes, le diagnostic ne pouvait présenter de difficulté. L'idée d'un polype utérin, qui avait pu d'abord venir à l'esprit, fut écartée. La tumeur était bien réellement constituée par l'utérus, le col était dirigé en avant, et la partie rétrécie de la tumeur correspondait aux insertions vaginales. La paroi postérieure du vagin avait été entraînée par l'utérus, qu'elle recouvrait en avant jusqu'au niveau du rétrécissement, limite du museau de tanche et de l'insertion de cette paroi sur le col utérin ; le cul-de-sac péritonéal se prolongeait donc jusqu'en ce point. La paroi antérieure du vagin ne tapissait que dans une très petite étendue et seulement au niveau du col la face postérieure de la tumeur, ses rapports avec la vessie et l'urètre s'étant opposés à son renversement complet. Les cordons tendus sentis dans le bassin entre le rectum et la paroi antérieure du vagin, étaient formés par les ligaments larges que l'utérus avait attirés dans sa chute.

La malade n'accuse de douleur que dans la station verticale; couchée, elle ne souffre pas. Elle n'a pas de fièvre. L'appétit est conservé. La miction et la défécation s'accomplissent sans difficulté.

Quoique la surface antérieure de la tumeur présente des signes évidents de sphacèle, supposant qu'il ne s'agit que d'une gangrène superficielle de la paroi vaginale postérieure distendue, je me décide à tenter la réduction de l'utérus. La malade est anesthésiée. Mais à la première tentative que je fais pour repousser le fond de la tumeur en arrière, quoique je n'aie exercé qu'une pression modérée, il se produit à sa face antérieure une déchirure longitudinale mesurant plusieurs centimètres d'étendue. Les lèvres de la solution de continuité en s'écartant mettent à découvert une surface violacée, lisse, facile à reconnaître pour l'utérus. La paroi postérieure du vagin s'est rompue dans toute son épaisseur. J'introduis le doigt dans l'ouverture, je contourne le fond de l'utérus et je pénètre dans la cavité péritonéale.

Il n'y avait plus alors à songer à réduire. Il fallait fermer la cavité péritonéale et faire l'ablation d'une portion de l'utérus, qui avait perdu droit de domicile dans le bassin. Pour obtenir ce résultat, j'eus recours à la ligature élastique. J'engageai une anse de caoutchouc au-devant de la fourchette, en arrière de la tumeur, et ramenai ses chefs en avant au niveau des insertions vaginales sur le museau de tanche, divisant ainsi obliquement le corps de l'utérus en respectant sa partie antérieure, dirigée en arrière. Les chefs du tube de caoutchouc ayant été fortement attirés en avant et entrecroisés, je les maintins à l'aide d'un fort fil de soie. Des compresses phéniquées furent appliquées sur la tumeur et la malade reportée dans son lit.



a — *b* — Ligature.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La malade eut dans la journée quelques nausées provoquées par le chloroforme, mais n'éprouva aucune douleur. Les jours suivants la température ne s'éleva pas au-dessus de 38° et le pouls ne dépassa pas 88.

Trois jours après l'application de la ligature, le sphacèle avait envahi toute la surface de la tumeur, qui était violacée et flétrie. La constriction étant jugée insuffisante, un nouveau tube de caoutchouc est appliqué. Les jours suivants la portion étranglée prend une teinte noire et se dessèche. J'applique alors un nouveau tube et, après avoir exercé une constriction énergique, je retranche avec des ciseaux la portion sphacelée à un centimètre au-dessous de la ligature.

Le lendemain la réduction du col utérin s'est opérée spontanément. Le doigt peut pénétrer à une profondeur de 3 ou 4 centimètres dans le vagin reconstitué. On pratique des injections vaginales phéniquées et huit jours après je retire les tubes de caoutchouc, qui sont libres dans le vagin. Quelques jours après la malade se lève. Elle n'éprouve aucune douleur et peut reprendre ses occupations.

L'examen de la partie sphacelée montre qu'elle est constituée par le corps de l'utérus divisé obliquement d'avant en arrière et recouvert en partie par la paroi postérieure du vagin.

Comme on vient de le voir, l'irréductibilité de son prolapsus utérin a été pour cette malade une véritable bonne fortune, puisqu'elle lui a permis d'obtenir la guérison de son infirmité. Je n'irai pas cependant jusqu'à conseiller de traiter tous les prolapsus utérins par l'ablation du corps de l'utérus ; mais je ne crois pas trop m'avancer en disant que dans certains cas de prolapsus complets et impossibles à contenir, sans parler des prolapsus irréductibles, le procédé auquel j'ai eu recours pourra trouver son utilité.

Lecture.

M. Poulet, agrégé au Val-de-Grâce, lit un mémoire intitulé : *Des ostéites tuberculeuses et syphilitiques de la voûte cranienne.*

Commission : MM. Bouilly, Berger, Chauvel rapporteur.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 23 avril 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. Nicaise offre une brochure intitulée : *Maladies chirurgicales des nerfs et opérations qui se pratiquent sur les nerfs* (extrait de l'Encyclopédie internationale de chirurgie);

3° M. Verneuil offre, de la part de M. le Dr Debout d'Estrées, médecin à Contrexéville, une brochure intitulée : *Seize années de pratique médicale à Contrexéville.*

M. le Président annonce à la Société que MM. Saxtorph (de Copenhague), Ehrmann (de Mulhouse), Ollier (de Lyon), Pamard (d'Avignon), membres correspondants, assistent à la séance.

Communication.

Anévrisme poplité gauche diffus; insuccès de la compression; ligature de la fémorale; guérison.

Anévrisme artério-veineux de la cuisse gauche, traumatique; compression directe et indirecte; transformation en anévrisme artériel; guérison.

M. Trélat. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau les deux observations dont le titre précède et auxquelles à diverses reprises j'ai fait allusion dans le sein de la Société. Bien que ces faits se passent de commentaires, j'appelle l'attention sur le beau résultat obtenu dans le second cas, par l'excellente méthode de Vanzetti et Nélaton, ces deux chirurgiens ayant concouru, chacun pour sa part, à la constitution de la méthode thérapeutique; pour la première observation, sur ses intéressants détails et en particulier sur le procédé de compression indirecte qui a été mis en usage, et

qui, bien que n'ayant pas été suivi de succès, a permis des séances extrêmement prolongées, l'une d'entre elles ayant duré plus de quatre jours ; procédé simple, facile et puissant qui mérite d'être conservé pour l'avenir. Enfin je note que le fait remontant à six années nous avons pu suivre la guérison dans tous ses progrès et son entier achèvement.

Il n'entre pas du tout dans ma pensée de préconiser la ligature comme méthode exclusive de guérison des anévrismes diffus. Nous nous sommes trouvé en présence d'un cas assurément grave et rebelle, mais néanmoins favorable. Suivant toute probabilité, la rupture ou déchirure du sac était de petite étendue, ce qui explique à la fois la réalité pressante et la modération des phénomènes observés. Ces faits sont appréciés par la lecture de l'observation. Quoi qu'il en soit, nous avons obtenu un succès absolu, et cette heureuse issue de la méthode chirurgicale mérite assurément d'être publiée.

Voici ces observations :

Observation I. — Le malade est un homme de 50 ans, gras, sanguin, musclé, énergique, de vie très active. Il est gros mangeur, pas syphilitique, pas alcoolique. Il présente assez souvent sur la peau des plaques érythémateuses suivies de desquamation sèche.

En 1864 il a eu un rhumatisme articulaire aigü généralisé qui a duré six semaines, mais qui n'a laissé aucune trace appréciable du côté du cœur ni des gros vaisseaux ; depuis cette époque la santé est excellente.

En juin 1877, chute sur les genoux ; contusions, éraillures de la peau des genoux nécessitant quelques jours de repos au lit. Cette chute n'avait présenté aucune particularité notable. Cependant quelques mois après, vers la fin de l'année, le mollet gauche était le siège d'un œdème régnant depuis la région poplitée jusqu'à 15 centimètres au-dessus des malléoles, œdème indolent, peu prononcé d'ailleurs, et qu'on attribua, bien qu'il fût unilatéral et circonscrit, à de longs voyages en chemin de fer et à la fatigue de la marche. On n'y accorda pas autrement attention et le malade reprit sa vie active.

L'œdème persista avec des variations déterminées par la fatigue. Vers la fin de juillet 1878, il avait notablement augmenté. Il persistait malgré le repos ; c'est alors qu'un examen plus minutieux fut jugé nécessaire et qu'on découvrit dans le creux poplité une tumeur caractérisée présentant tous les signes d'un anévrisme artériel. Cette tumeur, déjà volumineuse, puisqu'elle occupait tout le creux poplité, était entièrement réductible, indolente, ne gênant aucun mouvement de flexion ni d'extension. Sa découverte causa au malade une surprise pénible, mais complète. Un prompt traitement fut jugé nécessaire ; on conseilla immédiatement au malade de garder le repos le plus complet.

Cependant, celui-ci prévoyant pour le moins une longue immobili-

sation, voulut mettre ordre à ses affaires et rompit la consigne. Il sortit et, dans la rue, fit un faux pas de sa mauvaise jambe en manquant le trottoir. Le lendemain, quoique l'anévrisme n'eût subi aucun changement apparent, ou du moins qu'on n'en ait pas noté, il y avait une petite ecchymose sur la convexité du mollet. Cette circonstance mérite d'être notée ; il est fort possible, en effet, que ce soit là la première trace de la rupture de la poche anévrismale.

Quoi qu'il en soit, quelques jours après, le 4 septembre 1878, le malade entrait à la maison municipale de santé dont notre collègue M. Pozzi faisait alors le service. M. Pozzi porta le diagnostic : *anévrisme poplité circonscrit.*

Le 7, bande d'Esmark tolérée seulement pendant trois quarts d'heure.

Le 9, bande d'Esmark pendant une demi-heure. Ensuite cinq heures de compression indirecte.

Le 10, la tumeur est devenue plus dure et en même temps plus sensible à la pression. L'extension complète du membre n'est plus possible. La bande d'Esmark ne peut presque plus être supportée.

Repos pendant quelques jours.

Du 16 *au* 18, compression digitale au pli de l'aine pendant 48 heures. Formation de nouveaux caillots. La tumeur devient plus dure, mais aussi plus douloureuse.

Cette longue compression a déterminé la formation d'une escarre au pli de l'aine. Le 24 une rougeur vive et un peu douloureuse entoure l'escarre.

Le malade craint un érysipèle et se fait ramener à son domicile, où des soins convenables font disparaître cette rougeur ; l'escarre se limite, se détache et laisse une plaie bourgeonnante qui marche vers la guérison.

Je (M. Trélat) vois le malade pour le première fois le 9 octobre 1878. La plaie de l'aine touche à la guérison, qui n'est pas encore complète.

La tumeur occupe tout le creux poplité ; elle mesure verticalement 12 centimètres, et repousse en dedans et en dehors les muscles cruraux qui limitent le creux du jarret ; elle s'arrête en bas à quelques centimètres au-dessous du pli poplité.

Expansion, souffle caractéristique, réductibilité incomplète, battements modérés ; il existe manifestement des caillots assez volumineux, mais un peu irréguliers dans leur forme.

La plaie du pli de l'aine rendant toute tentative de compression difficile et à peu près impossible dans cette région, et d'autre part la compression indirecte semblant avoir donné un bon résultat, quoique une séance de 48 heures n'eût pas amené la guérison, nous essayons les méthodes accessoires.

La flexion de la jambe sur la cuisse fait cesser les battements, mais ne peut être supportée plus de cinq minutes.

Même échec avec la compression élastique. Si faible qu'elle soit, au bout de quelques minutes, elle détermine de vives douleurs dans le mollet et dans la cuisse, de violentes secousses musculaires, et un état d'exaspération générale qui ne permet pas de continuer.

Il faut renoncer à ces moyens et revenir à la compression indirecte à la partie supérieure de la fémorale.

Il n'y avait sans doute aucun péril dans la situation ; en dehors des tentatives de traitement, le malade ne souffrait pas et sa tumeur semblait simplement stationnaire. Il fallait reconnaître cependant qu'elle se montrait rebelle aux traitements employés jusqu'ici. Sans parler de l'escarre, nous devions reconnaître que la compression, fort bien faite à la Maison de Santé, était restée sans résultat curatif.

Nous dûmes dès lors nous préoccuper d'assurer la compression indirecte dans des conditions de perfection aussi grande que possible. Celles-ci furent admirablement réalisées par le docteur Currie, parent et médecin du malade, et par ses fils, préparateurs de physique et de chimie, et fort habitués aux manœuvres de laboratoire.

La cicatrice du pli de l'aine ne nous permettant pas encore de comprimer à ce niveau, on commença d'abord par marquer avec une solide teinture de fuschine trois points du trajet de l'artère placés au-dessous de l'aine, où la compression digitale arrêtait tout battement dans l'anévrisme. Puis on chercha le poids pouvant remplacer la pression du doigt et déterminer comme elle l'arrêt des battements. On arriva par tâtonnements à un poids de $5^{k}200$ grammes. Il est évident que cette quantité ne peut avoir rien de fixe et doit être subordonnée à l'épaisseur, au volume et à la résistance des tissus chez chaque individu. Chez notre malade, il fallut $5^{k}200$ grammes.

Ce poids, réalisé en grains de plomb, fut enfermé dans une bouteille cylindrique à goulot court. La bouteille fut bouchée, le bouchou coupé ras sur le goulot et sur ce bouchon coupé on plaça une boule de caoutchouc de diamètre égal à celui du bouchon et de l'épaisseur du verre. Ces boules avaient 0,026 millimètres. On essaya de deux variantes qui se valent, à savoir : les boules épaisses contenant de l'air qu'on trouve dans le commerce, et les mêmes boules privées d'air et remplies d'eau. Ce dernier mode présente quelques difficultés et réclame un outillage de laboratoire. Les boules contenant de l'air suffisent parfaitement.

Ces boules, collées au bouchon avec de la gomme laque, furent maintenues en place par une peau de gant solidement ficelée au-dessus du bandeau du goulot. On disposa d'avance plusieurs bouteilles pour permettre d'obtenir sans arrêt de la compression la substitution d'un point à un autre.

Pour éviter l'adhérence de la peau du malade avec la peau de gant de l'appareil, on prit l'habitude d'interposer une certaine quantité de poudre de talc qui prévenait tout inconvénient.

Grâce à cet outillage, une compression très exacte, très rigoureuse, très continue, put être pratiquée sans aucun accident sur la peau du malade et avec un très petit nombre d'aides puisque chaque aide n'avait besoin que de maintenir la bouteille agissant par son propre poids. L'expérience permit de constater que chaque point de la peau pouvait supporter la compression pendant une demi-heure et chaque aide maintenir l'appareil pendant une heure. Deux aides suffisaient donc à une entière journée de compression.

Il est à peine nécessaire de dire que, pour changer les points de compression, il suffisait d'incliner légèrement la bouteille à enlever, de présenter au point voulu et sans nulle hésitation, à cause de la marque de fuschine, la bouteille de remplacement et de la redresser après l'enlèvement de l'autre.

Ajoutons, pour n'avoir pas besoin d'y revenir, qu'au début de la compression nous eûmes à lutter contre des secousses musculaires fort gênantes. Celles-ci furent avantageusement combattues par l'usage de la morphine à l'intérieur. Des doses qui ne dépassèrent pas 4 centigrammes permirent d'obtenir le repos du membre pendant la compression, avec conservation parfaite de la santé générale.

Tout étant ainsi préparé et disposé, nous commençâmes d'abord vers la fin d'octobre des séances quotidiennes de deux heures de durée. Tous les trois jours on faisait une séance de cinq heures.

Celles-ci étant bien supportées, nous nous enhardîmes à faire chaque jour des séances de dix heures. Jusqu'au 19 novembre, nous fîmes une douzaine de séances. Chaque fois, la tumeur devenait plus dure et les battements moins forts. Mais cette amélioration nedurait pas ; en quelques heures, les battements reprenaient de la force, surtout à la partie antéro-interne du côté des muscles de la patte d'oie.

La compression ne semblait décidément pas réussir.

Pendant les journées des 19, 20 et 21 novembre, longue séance de soixante-dix heures. Bon résultat immédiat, mais bientôt les battements reparaissent comme auparavant. Le 27, séance de dix heures.

Enfin, du 30 novembre au 4 décembre, quatre-vingt-seize heures, ou quatre jours entiers, de compression interrompue. Le poids compresseur a été porté à 7 kilogrammes, au lieu de 5k,200, pour obtenir une plus parfaite interruption du cours du sang.

C'était notre dernier effort dans ce sens ; il demeura infructueux.

La tumeur a augmenté de volume transversalement. Le tour du membre, qui était de 47 centimètres, en mesure 51. L'œdème du mollet est redevenu très appréciable. Les battements et l'expansion se voient et se sentent très nettement sur les deux côtés de la tumeur. En arrière, les caillots se sont solidifiés et représentent une sorte de semelle qui garnit toute cette face de la poche. Enfin, en bas de cette semelle une ecchymose spontanée montre sa coloration légère, mais incontestable.

Le cas devenait grave, je priai mon collègue et ami le professeur Broca de m'éclairer de ses conseils. Depuis quelque temps, je craignais que l'anévrisme ne fût diffus. M. Broca confirma cette crainte. Le volume de la tumeur, la solidification des caillots en plaques au lieu de se faire en boules, l'absence de contraction de la poche et, au contraire, l'extension de la tumeur lui parurent autant de raisons démonstratives. Il porta un pronostic grave, conseilla de revenir à la compression directe, faite avec grand soin, surtout au niveau de l'anévrisme ; la surveillance attentive de la tumeur, de manière à se tenir prêt à tout événement, c'est-à-dire à l'amputation du membre, pour peu que la tumeur subît un nouvel accroissement. La ligature de l'artère à distance du sac lui paraissait une ressource possible, mais bien aléatoire.

Nous agitâmes subsidiairement la question de savoir quand et comment cet anévrisme était devenu diffus. Il nous parut difficile d'admettre que la rupture se fût produite pendant le cours du traitement; tandis, au contraire, que l'échec de la compression exécutée suivant ses différents modes, avec une grande perfection, semblait prouver que l'anévrisme était diffus avant les premières tentatives de traitement. D'autre part, il est bien difficile d'admettre que cette complication grave ait existé pendant les longs mois écoulés entre juin 1877, époque des premières manifestations, et septembre 1878, début du traitement, le malade ayant eu pendant toute cette année une vie très active de voyages et de déplacements. Ce qui nous parut le plus probable, c'est que la rupture, une rupture très étroite bien entendu, avait dû avoir lieu le soir même du jour où l'anévrisme fut constaté, à la veille de l'entrée à la Maison municipale de Santé. Elle avait dû se produire sous l'influence de ce faux pas qui avait déterminé une vive extension du membre et qui avait attiré l'attention du malade.

Le 10 décembre, M. Trélat fait un bandage compressif avec du coton et des bandes sur toute l'étendue du membre. Au bout d'une heure, cet appareil était devenu intolérable. Le 14, on lui substitue un bandage peu serré, par conséquent efficace. On essaie ensuite d'une sorte de bonnet en caoutchouc qui hausse le membre jusqu'à sa racine, et dans l'intérieur duquel on insuffle de l'air avec une pompe foulante. Cet appareil ingénieux ne réussit pas. Rempli d'air et compressif, il est intolérable; mal rempli, il est gênant et ne sert à rien. Le 21, nous revenons à l'appareil ouaté, qui est laissé en place jusqu'au 28.

Le matin de ce jour, le bandage est enlevé, il n'y a aucune amélioration, si ce n'est que l'œdème du mollet a disparu. Mais la tumeur est plus tendue; sur les deux côtés, les battements sont notablement plus forts; une nouvelle ecchymose se montre en dehors, au niveau du biceps.

Il n'était plus possible d'hésiter. Une heure après ces constatations, 28 décembre 1878, je pratique la ligature de la fémorale tout en bas du triangle de Scarpa, au point où le vaisseau s'engage sous le couturier. L'artère était souple, non athéromateuse ; elle est régulièrement étreinte par la soie phéniquée. Tout battement cesse dans la tumeur, pour n'y plus jamais reparaître, dès que le fil est serré.

Pansement au coton phéniqué; enveloppement d'ouate, cruchons d'eau chaude.

Il n'y eut pas un moment tendance au refroidissement. Cette heureuse circonstance peut être attribuée aux longues compressions indirectes qui avaient préparé les voies de la circulation collatérale. Au bout de quelques jours, on nota de petites crises de douleur dans le mollet et dans la tumeur. Ces crises déterminaient de vives contractions musculaires qui ressemblaient à des secousses électriques. Pendant le mois de janvier, ces crises de douleur et de contractions se reproduisaient avec une régularité périodique; elles éclatèrent tous les deux jours du 28 décembre au 20 janvier; il y en eut une autre le 25 et une dernière le 30 janvier 1879.

La cicatrisation de la plaie a marché rapidement et sans encombre, mais le fil ne se détache pas et tient encore le 1[er] février, trente-quatre jours après l'opération. Il n'y a plus autour de lui qu'une petite collerette de bourgeons charnus non cicatrisés. L'artère est oblitérée dans une étendue de plus de 3 centimètres au-dessus de la ligature. Un léger poids attaché au bout du fil en détermine la sortie ; mais on constate que l'anse et le nœud sont restés dans la plaie, et que les deux chefs se sont rompus au-dessus du nœud. C'était, comme il a été dit, de la soie phéniquée, et c'est la première fois que je voyais une anse de cette substance conservée dans une plaie.

La tumeur, silencieuse depuis la ligature, resta longtemps stationnaire. Le membre était légèrement fléchi, la jambe offrait une sorte d'œdème peu prononcé, mais dur, qui disparut pendant le cours du mois de février. Le 5 mars, le malade put être levé dans un fauteuil. Le 14, il essayait ses premiers pas avec des béquilles. En avril, il marchait avec deux cannes. Un mois plus tard, une seule lui suffisait. Peu à peu le membre se redressait, et la tumeur perdait les quatre cinquièmes de son volume.

En 1881, le hasard me fit rencontrer mon opéré sur la gare d'Alexandrie. Il s'empressa lestement de venir prendre place dans mon compartiment. Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue et même confirmée ; le membre a recouvré toutes ses fonctions et la tumeur n'est plus qu'un vestige insignifiant.

Obs. II.—A. D..., domestique, âgé de 15 ans, entre le 18 octobre 1881, salle Saint-Pierre, n° 51, à l'hôpital Necker.

Le 22 septembre 1881, en courant précipitamment, il s'était enfoncé à la partie moyenne de la cuisse gauche la pointe d'un couteau qu'il venait de jeter tout ouvert dans la poche de son tablier.

Le sang jaillit aussitôt en jet et détermine une hémorragie considérable, promptement réprimée par la pression des mains, puis par un bandage compressif.

Pendant quinze jours, repos sévère au lit.

La plaie guérit rapidement sous le bandage ; mais, vers le dixième jour, on constate à son niveau, sur la face interne de la cuisse, une tumeur animée de battements.

Le D[r] Letulle est consulté et m'adresse le malade à l'hôpital Necker, avec le diagnostic : *Anévrisme artério-veineux.*

En effet, à l'entrée du malade, le 18 octobre, il est facile de vérifier ce diagnostic. Sur le trajet de l'artère, très peu au-dessous du milieu de la cuisse gauche, on trouve une tumeur longue de 6 centimètres, large de 4, battante et pulsatile. L'auscultation y fait entendre un bruit continu avec renforcement.

La compression actuelle fait cesser l'expansion et le bruit.

Le malade perçoit lui-même cette sensation de frémissement qui s'étend jusque dans la partie inférieure du membre, et qui n'est que le retentissement du *thrill*, très facile à apprécier dans le cas présent.

Je dirai de suite, pour n'avoir pas à y revenir, que des mensurations

thermométriques répétées pendant neuf jours ont démontré que la température locale est sensiblement la même en haut de la cuisse et au niveau de l'anévrisme (35°,09 et 36°,01), mais qu'elle est notablement plus basse au bas de la cuisse, où elle tombe à 34°,03.

Notre collègue, M. Bouilly, me remplaçait à cette époque et avait bien voulu me parler de ce malade qui m'avait été annoncé. Je lui avais conseillé la compression directe, et plus tard la compression artérielle à distance. Dans les premiers temps, les méthodes furent un peu confondues.

Le 26 octobre, compression directe avec la bande élastique pendant une heure et quart. Le soir, compression digitale pendant un quart d'heure au pli de l'aine ; pas de résultat.

Le 27 et 28 octobre, compression avec des plaques d'amadou empilées sur la tumeur et maintenues par des bandes de toile.

Le 29 octobre, le bruit continu, renforcé, n'est plus aussi net ; néanmoins, ce n'est pas encore un bruit artériel simple.

Le 30, on maintient une compression modérée sur la tumeur.

Le 3 novembre, séance de compression indirecte à la racine du membre. Elle est suspendue au bout de deux heures, à cause de l'intensité des douleurs.

J'avais repris le service et je laisse reposer le malade fatigué par ces séances répétées de compression.

Le 8 novembre, un examen attentif me permet de constater que le bruit continu a disparu; il n'existe plus qu'un seul bruit artériel suivi de silence. La tumeur est toujours pulsatile· mais, en faisant la compression indirecte de l'artère, on vide sa partie liquide et on reconnaît manifestement que des caillots assez fermes se sont formés dans sa partie supérieure.

L'anévrisme artério-veineux a été transformé en anévrisme artériel circonscrit. Cet examen est répété le 10 novembre ; il donne un résultat identique, et nous prenons un tracé sphygmographique au niveau de la tumeur. Ce tracé est un type d'anévrisme artériel.

Le malade fut alors pris d'une angine fébrile qui nous força à suspendre le traitement pendant quelque jours; il fut repris le 25 novembre. J'employai alors pour faire la compression indirecte, l'appareil que j'ai longuement décrit dans l'observation précédente. Le premier jour petite séance d'une heure de durée ; pas de résultat.

Le 28 novembre, le membre est soutenu par une bande de caoutchouc peu serrée. Pendant ce temps, compression indirecte avec les bouteilles contenant du plomb. Un peu après la deuxième heure, la douleur nous oblige à cesser. La tumeur a durci, les battements et le souffle ont diminué.

Le 2 décembre même genre de compression. Douleurs vives au niveau du genou et du pied. Arrêt de la compression au bout d'une heure quinze minutes.

Le lendemain 3 décembre, disparition totale des battements et des bruits. Guérison.

La guérison s'est confirmée, et quand le petit malade nous quitta, le 3 janvier, on constatait sur sa cuisse gauche une petite cicatrice

rosée, mobile, un peu soulevée par la tumeur sous-jacente. Cette tumeur à 50 centimètres de long; elle est dure, aplatie, mobile transversalement; elle ne présente ni expansion, ni souffle, ni bruit. Le pouls de la pédieuse et de la tibiale postérieure peut être parfaitement senti.

J'ai revu ce jeune garçon un an après son accident, la cicatrice avait pâli, la tumeur était représentée par une sorte de plaque de 2 centimètres sur 15 millimètres de large, ne causant ni gêne ni douleur, et permettant l'exercice de toutes les fonctions du membre.

Lecture.

OPÉRATION D'ESTLANDER.

M. Ehrmann (de Mulhouse) donne lecture de l'observation d'un malade auquel il a pratiqué sans succès l'opération l'Estlander, et présente à la Société les fragments de côtes enlevés et le moulage en plâtre du thorax de ce malade.

Note sur un cas d'opération d'Estlander par M. Ehrmann, membre correspondant.

La récente discussion à laquelle a donné lieu dans cette enceinte le remarquable rapport de M. Berger[1] sur l'opération dite d'Estlander donne un intérêt d'actualité à l'observation dont j'ai l'honneur de communiquer les pièces à la Société de chirurgie.

Bien qu'il s'agisse d'un insuccès, il m'a semblé que dans une question encore à l'étude, pour une opération dont les indications précises, comme les conditions de réussite, ne sont pas nettement définies encore, l'analyse des circonstances mêmes qui ont empêché mon intervention d'aboutir pouvait rendre ce fait aussi instructif, plus instructif presque, peut-être, que d'autres à terminaison heureuse.

Observation. — *Pleurésie purulente, deux fois ponctionnée, et incisée au bout de six mois. Résection, 2 mois après, de portions de la 5e et de la 6e côte. Résection, 18 mois plus tard, des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes. Insuccès. Persistance d'une vaste ouverture à la paroi thoracique.*

G. H..., 35 ans, ouvrier de fabrique, de grande taille, aujourd'hui

[1] Berger. L'opération d'Estlander. Rapport sur une présentation de malade faite par M. Bouilly. (*Bullet. et mém. de la Société de chirurgie*, t. IX, 1883, p. 958.)

fort amaigri, mais de complexion primitivement robuste, sans antécédents tuberculeux.

Pleurésie à droite, en septembre 1881. Deux ponctions, faites le 25 février et le 15 mars 1882, par le Dr Jaeger, médecin du malade, évacuèrent plusieurs litres de liquide purulent. Le 9 avril suivant, les accidents s'aggravant, notre confrère fit l'incision de l'empyème dans le 5e espace intercostal, et, peu après, le rapprochement des côtes rendant le drainage insuffisant, il réséqua quelques centimètres de la 5e côte, puis, un mois plus tard, en juin 1882, une portion de la 6e côte. L'amendement qui suivit cette opération ne fut pas de longue durée. Malgré les pansements antiseptiques et les injections modificatrices les plus variées, la suppuration continua très abondante, et avec elle l'inappétence, la toux et la déperdition graduelle des forces.

Voici dans quelles conditions se présentait le malade en janvier 1884, 27 mois après l'invasion de la pleurésie, 21 mois après l'incision de l'empyème.

Grande émaciation. Toux habituelle, surtout la nuit. Expectoration muco-purulente. Dyspnée modérée. Pas de fièvre. Appétit médiocre. Point de diarrhée.

La circonférence du thorax mesure, à la hauteur du mamelon, 0m,82, soit 0m,43 pour la demi-circonférence gauche, 0m,39 pour la demi-circonférence droite.

La fistule siège à 0m,17 de l'appendice xyphoïde, à 0m,08 du mamelon. Elle est ovale ; on y introduit aisément le pouce. Son bord supérieur correspond à un point dénudé de la 5e côte ; son bord inférieur fait partie d'un tissu fibreux, cicatriciel, reliquat de la résection dont la 6e côte a été précédemment l'objet.

Indépendamment du liquide qui constamment imbibe les pièces du pansement, il s'écoule brusquement par l'orifice, quand le sujet se place sur le côté, une quantité de pus que des évaluations réitérées ont fixée à 100 ou 150 grammes.

Une sonde rigide peut être promenée librement, fort loin en arrière et surtout en haut, où elle arrive jusqu'à la 1re côte. La percussion donne à droite, sous l'aisselle et dans la partie antérieure à partir de la 5e côte, une sonorité à timbre caverneux, qui s'étend jusqu'à la clavicule, et se perçoit aussi en arrière, le long du bord externe de l'omoplate. Submatité pour le reste du thorax en arrière. A l'auscultation, du même côté, en avant et en arrière, sauf à la racine du poumon, où elle est plus obscure, une respiration soufflée, amphorique, avec bulles de tintement métallique ; ce dernier symptôme disparaît, quand on bouche exactement l'orifice de la fistule, ce qui prouve qu'il est lié à l'introduction de l'air extérieur.

L'auscultation du poumon gauche donne une respiration puérile, un peu rude, mêlée par moments de sibilance, mais sans râles.

L'examen histologique des crachats, effectué sur quatre échantillons différents par le Dr Pertik, chef de laboratoire de l'institut pathologique de Strasbourg, vint confirmer, en établissant l'absence de bacilles, les présomptions favorables issues de l'examen stéthoscopique.

Les résultats fournis par l'examen des urines excluaient d'autre part tout soupçon de lésion rénale.

Comme la résection thoracoplastique ménageait au malade la seule chance qui lui restât pour guérir, elle lui fut proposée, et il l'accepta.

L'opération fut pratiquée, le 20 janvier 1884, à l'hôpital de Mulhouse, avec l'assistance de MM. les Drs Jaeger, Kaltenbach, Knoll et Schlumberger.

Chloroforme. Lavage antiseptique de la cavité. Spray. Incision de 18 centimètres dans la ligne axillaire, passant par la fistule. Aux extrémités de cette incision longitudinale, deux incisions, parallèles aux côtes, dessinant des lambeaux qui découvrent largement la paroi du thorax. C'est la section en H renversé, préconisée par M. Trélat.

Les espaces intercostaux mis à nu par l'incision des digitations musculaires, les côtes sont dénudées, puis réséquées à l'aide de la cisaille de Liston. On enlève successivement, en partant de la fistule, 9 1/2 centimètres de la 6e côte, 10 1/2 centimètres de la 5e côte, 9 centimètres de la 4e côte, 7 centimètres de la 3e côte ; puis, au-dessous de l'orifice, 9 centimètres de la 7e côte et 10 centimètres de la 8e côte. Cet acte opératoire n'offrit quelque difficulté que pour la côte supérieure, plus profondément située que les autres, et pour la 6e côte, dont la partie restée fibreuse, à la suite de la résection pratiquée 10 mois auparavant (2 centimètres), adhérait étroitement au pourtour de la fistule.

Je pus, à ce moment, explorer directement la plèvre par l'introduction du doigt, et comme l'épaississement et la dureté extrêmes de cette membrane me paraissaient devoir porter obstacle à l'affaissement ultérieur de la paroi, je pris le parti de l'inciser en long, sur une étendue de plusieurs centimètres, avec l'intention d'en exciser ensuite un segment, conformément à la pratique de Max Schede, qui a donné un succès à M. Jules Boeckel dans un cas analogue [1].

Cette incision, en mettant en évidence la profondeur à laquelle se trouvait bridé le poumon, me convainquit de suite de l'obstacle qu'allait rencontrer le retrait de ce vaste foyer, et me fit renoncer à l'excision projetée.

Avec les confrères qui m'assistaient, fut agitée la question de l'opportunité d'une ostéotomie complémentaire, dans la région dorsale, de celles des côtes sur lesquelles avait porté la résection, dans le but de déterminer, ainsi que l'a proposé Wagner [2], la formation de fragments auxquels leur mobilité permettrait de mieux s'enfoncer vers la profondeur.

On se demanda surtout s'il n'y aurait pas lieu d'étendre la résection à la 2e côte, qui avait été laissée intacte.

Mais — abstraction faite de cette considération, que l'ostéotomie linéaire postérieure laisse en dehors de son champ d'action toutes les côtes situées au-dessus de l'angle scapulaire, sauf peut-être, dans l'élé-

[1] Berger. *Loc. cit.* — *Bullet. et mém. de la Société de chirurgie*, t. IX, 1883, p. 961.

[2] Berger. *Loc. cit.* — *Bullet. et mém. de la Société de chirurgie*, t. IX, 1883, p. 982.

vation forcée du bras, la 6e côte, tandis que, dans le cas qui nous occupe, c'était la région thoracique supérieure qu'il importait surtout de rétrécir[1] — le malade, fort affaibli déjà par la perte de sang qu'il avait subie, ne me parut pas être dans des conditions à pouvoir supporter une prolongation de séance qui eût pu nous entraîner, à un moment donné, au delà de ce que la prudence commandait. Je décidai donc d'attendre, au préalable, le résultat de cette première tentative.

Désinfection de la cavité pleurale avec le chlorure de zinc au 10e. Lavage de la plaie à l'eau phéniquée forte. Suture métallique des lambeaux dans toute leur étendue, sauf à la partie inférieure, où l'on réserve le passage des drains. Drainage sous-cutané aux angles inférieurs. Drainage de la cavité, au moyen de deux tubes adossés, de un centimètre et demi de calibre et de longueur différente. Drainage postérieur à travers le dernier espace intercostal. Pansement de Lister, avec addition d'une couche épaisse d'ouate salycilée, qui enveloppe toute la poitrine.

L'hémorragie avait été assez considérable durant la première partie de l'opération, mais elle n'avait nécessité aucune ligature; l'application temporaire de pinces hémostatiques et la compression des surfaces saignantes à l'aide de serviettes avaient suffi à l'arrêter.

Contrairement à mon attente, l'incision pratiquée à travers la plèvre et qui nécessairement divisait les artères intercostales, n'avait donné qu'une quantité de sang insignifiante. Il faut admettre que ces vaisseaux, compris dans l'induration des tissus sous-jacents, avaient subi un certain degré d'atrophie.

L'opération avait duré une heure et demie. Vers la fin, le malade se trouvait dans un état demi-syncopal, qui obligea à lui faire successivement trois injections hypodermiques d'éther.

Le lendemain, 21 janvier, je trouvai le malade étonnamment remonté. Il avait eu plusieurs vomissements chloroformiques; mais le facies était bon; il n'y avait guère d'oppression; douleur minime au niveau de la plaie; une vive brûlure, par contre, est accusée à l'épigastre. Température, 39°.

Le pansement, traversé par la sérosité, est renouvelé, et l'on nettoie avec soin les drains et la cavité.

Ces pansements furent répétés quotidiennement durant les premiers temps, entourés chaque fois de toutes les précautions antiseptiques, spray à vapeur, etc. Malgré cela, les points de suture s'ulcérèrent dans la partie inférieure de la ligne de réunion, et l'on vit peu à peu les lambeaux s'incurver en dedans et se séparer à ce niveau. Au bout de 15 jours, la désunion était complète dans les 2/3 de leur hauteur; la partie horizontale de la suture s'était également séparée en bas.

L'ouverture, à ce moment, présentait la forme d'un triangle allongé, dont la base était limitée par la surface convexe du diaphragme, et dont

[1] Cette condition anatomique doit être, dans les cas graves, de beaucoup la plus fréquente, en raison même de la compressibilité du poumon, et cela restreint notablement *a priori* les applications de la méthode proposée par Wagner.

l'aire correspondait à la cavité de la plèvre, au fond de laquelle se dessinait le relief du poumon. La suppuration paraissait aussi abondante qu'avant l'opération, mais elle avait perdu sa fétidité. L'appétit était resté capricieux ; la toux, assez fréquente ; la douleur épigastrique précédemment signalée continuait à être habituelle ; elle s'exaspérait à chaque injection faite dans la cavité.

La réaction fébrile fut presque nulle dans les jours qui suivirent l'opération. La température la plus élevée a été notée le matin du 2e jour, 39°. Elle n'atteignit plus 38°, à partir du 7e jour.

Voici, du reste, les relevés thermométriques des 10 premiers jours :

21 janvier,	T.	matin	39°,	T.	soir	38°,8.
22 —	T.	—	37°,4	T.	—	38°,3.
23 —	T.	—	37°,6	T.	—	38°,2.
24 —	T.	—	38°	T.	—	38°,8.
25 —	T.	—	37°,6	T.	—	39°.
26 —	T.	—	37°,4	T.	—	38°.
27 —	T.	—	37°	T.	—	37°,4.
28 —	T.	—	37°,2	T.	—	37°,6.
29 —	T.	—	37°	T.	—	37°,4.
30 —	T.	—	37°	T.	—	37°,2.

Le rapprochement des bouts des côtes réséquées ne paraît pas s'être effectué d'une manière bien sensible, même dans la partie qui correspond aux deux côtes supérieures, où s'était maintenue la réunion de la plaie cutanée. L'induration du périoste y a conservé à la cage thoracique sa forme primitive. C'est à peine si l'on constate un centimètre de diminution circonférentielle au-dessous du mamelon.

Les tentatives de compression de la poitrine à l'aide d'une bande élastique ont dû être abandonnées, puisqu'elles déterminaient chaque fois une recrudescence de dyspnée et de toux.

L'ouverture de la paroi a continué à s'élargir graduellement, la peau s'étant infléchie, en se recroquevillant, le long de la perte de substance qui est résultée de la rétraction des lèvres de l'incision pleurale.

A l'époque où a été pris le moulage en plâtre que j'ai l'honneur de présenter à la Société, c'est-à-dire à la fin de la 10e semaine, les dimensions de l'hiatus étaient de 10 centimètres dans le sens vertical, de 7 centimètres en largeur, vers sa partie supérieure, et de 4 centimètres dans le même sens, à son extrémité inférieure. A ce même niveau, en bas et en dehors, la peau n'est pas cicatrisée, comme elle l'est pour tous les autres bords; mais elle forme, au-devant de la saillie de la plèvre, dont la sépare un sillon d'un centimètre environ de profondeur, une sorte de bourrelet, qui reste ulcéré.

La limite supérieure de la brèche est à 2 centimètres d'une ligne horizontale tirée au-dessus du mamelon ; son bord interne est distant de 4 1/2 centimètres de ce même point.

La cavité à laquelle elle donne accès a pour base la surface du dia-

phragme, recouverte de granulations suppurantes. Cette paroi est comme suspendue, par son bord interne, aux adhérences fibrineuses qui couvrent l'extrémité du poumon, à une hauteur qui correspond au quatrième cartilage costal ; elle est inclinée obliquement en dehors, de façon à donner une différence de niveau horizontal de 6 centimètres environ, pour son attache externe. Dans le sens antéro-postérieur, une sonde la contourne aisément en arrière, et plonge à 12 centimètres dans le cul-de-sac inférieur de la plèvre, où le diaphragme est appliqué contre la surface interne du thorax, sans y adhérer. Dans les mouvements d'inspiration, la convexité de cette surface tend à s'effacer, mais ne se nivelle pas ; elle s'exagère au moment de l'expiration ; on dirait plutôt encore, qu'elle s'élève et qu'elle s'abaisse dans son ensemble. Les parois costales ne participent pas d'une façon appréciable aux mouvements respiratoires.

En éclairant la cavité avec la lampe de Collin, on aperçoit le poumon sous les adhérences qui le fixent. La couche fibrineuse présente à cet endroit une teinte grisâtre, comme ardoisée, tandis qu'elle est plus rouge dans la portion costale de la paroi.

Il y a 6 1/2 centimètres de vide entre le bord de l'ouverture et le poumon, dans la partie que l'on en peut voir, soit jusqu'à 5 à 6 centimètres au-dessus de son attache au diaphragme. Une sonde pénètre à 14 centimètres vers le haut, du côté de la clavicule. Elle a beaucoup de jeu, et il est probable que les mêmes proportions de creux existent dans la partie non visible de la cavité.

Ces constatations démontrent l'incurabilité du malade, puisqu'il y a obstacle matériel absolu à ce que le poumon se développe suffisamment pour reprendre dans la cage thoracique une partie, au moins, de son volume primitif : condition indispensable au travail de rétrécissement cicatriciel, auquel l'opération avait pour but de venir en aide.

Une nouvelle ablation, portant sur les côtes déjà réséquées, et étendue en outre à la 2e côte, que j'avais eu le tort de ménager, une résection même de la partie moyenne de la clavicule — comme l'a fait Schneider dans une circonstance remarquable relatée au rapport de M. Berger[1] — n'offriraient, me semble-t-il, aucune chance sérieuse de réussite, pour un cas où le désossement complet de la paroi serait, théoriquement, nécessaire, pour réaliser les conditions mécaniques compatibles avec la guérison.

Comme moyen palliatif, j'ai bien songé à la prothèse, à l'application d'une plaque obturatrice, construite de façon à néanmoins assurer le drainage. Il importe de ne pas perdre de vue — les observations publiées en font foi — qu'il a fallu souvent un temps fort long, jusqu'à plusieurs mois, pour que le sujet bénéficiât efficacement de sa résection. Mais il n'y a, je dois bien le dire, chez mon opéré aucune tendance encore, après trois mois écoulés, à la rétraction de la poche, et j'ai

[1] Berger, loc. cit.— *Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie*, t. IX, p. 972.

peine à admettre que l'occlusion prothétique puisse être de nature à modifier, mieux qu'un pansement, la suppuration profuse qui paraît devoir l'épuiser.

Note additionnelle. — Depuis qu'a été communiquée cette observation à la Société de chirurgie, le malade a succombé, le 3 mai 1884, à une péricardite intercurrente. Voici le résumé de l'autopsie, que j'ai faite le 4 mai, avec l'assistance du Dr Jæger.

Corps très émacié, en bon état de conservation. Les dimensions de l'ouverture thoracique sont, à peu de chose près, les mêmes que quand avait été pris, trois semaines auparavant, le moulage qui a été soumis à la Société. Le long du bord inférieur et externe de l'ouverture règne un décollement de la peau, qui conduit sur les bouts dénudés de la 7e et de la 8e côte.

En découvrant le foyer opératoire par la dissection des parties molles, on constate que la section a porté, en avant, à 4 1/2 centimètres des cartilages costaux pour les 3e, 4e, 5e et 6e côtes; à 5 1/2 centimètres pour la 7e côte ; à 7 centimètres pour la 8e côte.

Là où s'était maintenue la réunion de la plaie cutanée, c'est-à-dire dans la région correspondant à la 3e et à la 4e côte, le périoste qui recouvre la plèvre est résistant, comme induré, mais il n'offre pas de régénération osseuse.

Les intervalles qui séparent les extrémités des côtes réséquées témoignent d'un rapprochement plus important que ne nous l'avaient fait inférer les mensurations prises sur le thorax, durant la vie du malade. La 3e côte, dont il avait été enlevé un segment de 7 centimètres, ne présente, pour ses bouts, qu'un écartement de 4 centimètres ; la 4e côte, un écartement de 6 centimètres, tandis qu'on en avait réséqué 9 centimètres ; la 5e côte, un écartement de 7 1/2 centimètres, au lieu de 10 1/2 centimètres ; pour les 6e, 7e et 8e côtes, l'écartement est de 7 1/2, 7 et 6 centimètres, contre 10, 9 1/2 et 9 centimètres qui avaient été primitivement enlevés. — Le retrait qui a dû en résulter pour les parois de l'abcès pleural n'en est pas moins, tout considéré, extrêmement minime. En effet, la cavité une foi mise à nu par l'incision des cartilages costaux, on voit que le poumon droit, aplati dans la gouttière vertébrale, où le maintient la fausse membrane qui tapisse toute la poche, reste séparé du plan concave des côtes par un espace vide, qui mesure, à la hauteur du 1er espace intercostal et en ligne axillaire, 3 centimètres ; au niveau du 2e espace intercostal, 5 1/2 centimètres ; au-dessous de la 3e côte, plus de 6 centimètres.

L'épaisseur moyenne de la plèvre est de 5 à 6 millimètres. Nulle part il n'existe de communication entre les bronches et la cavité pleurale. Les signes stéthoscopiques signalés sur le vivant, son tympanique, souffle amphorique, tintement métallique, dépendaient donc bien de la cavité elle-même.

Les dimensions du poumon droit se réduisent en hauteur à 15 centimètres, en largeur à 8 centimètres, en épaisseur à 4 ou à 5 centimètres. L'organe est formé d'un tissu doux, non aéré, de couleur ardoisée, dans lequel la coupe ne révèle aucun dépôt tuberculeux.

Le diaphragme, dans sa moitié droite, est très aminci ; la plèvre, rouge, épaissie, y adhère fortement.

Le poumon gauche est fixé aux côtes par des adhérences pleurales anciennes, dans ses deux tiers inférieurs. Le lobe supérieur est sain, en ce sens qu'il ne renferme pas de granulations tuberculeuses ; mais le tissu en est congestionné ; le lobe moyen et le lobe inférieur sont à l'état d'engouement hypostatique.

Le péricarde contient plus de 300 grammes de sérosité trouble, chargée de flocons fibrineux. La surface, dans presque toute son étendue, est parsemée

Réflexions.

L'observation qui précède fournit la confirmation *de visu,* sur le vivant, de cette assertion émise par M. Berger et contrôlée nécroscopiquement sur l'un de ses malades[1], qu'il est des cas où la cavité suppurante est si vaste, que l'intervention, fût-elle la plus large possible, ne saurait en amener l'oblitération, même partielle. C'est quand le poumon, très réduit dans ses dimensions, est bridé en arrière par des adhérences qui ne lui permettent plus aucun développement.

L'abstention doit être ici la règle.

J'ajouterai — si tant est que l'on puisse tirer de la valeur séméiologique des bacilles, contenus ou absents dans les crachats, des déductions que l'état actuel de la science ne permet pas encore de dire absolues — qu'à en juger par le fait qui m'est propre, la contre-indication puisée dans la disposition susdite des adhérences peut naître indépendamment de toute diathèse tuberculeuse.

Le point délicat sera toujours de poser le diagnostic préalable de ces cas. Le plus souvent cela restera chose impossible ; il n'existe pas de signes qui permettent d'apprécier d'une façon certaine le degré de réduction et de fixation du poumon.

L'injection de la cavité n'est pas, à cet égard, un guide rigoureux ; car, en raison de la situation déclive de la fistule, il devient nécessaire, pour remplir entièrement le foyer, de coucher le sujet sur le côté sain, la tête en position basse ; beaucoup de ces malades ne le peuvent supporter.

M. Périer[2], il est vrai, a pu introduire de la sorte 750 grammes de liquide à l'un des sujets qu'il a opérés. Si, chez le mien, la dyspnée subite a dû me forcer, chaque fois, d'interrompre ces essais, je n'oserais invoquer ce seul argument comme un élément de diagnostic suffisant en faveur de la rétraction excessive du poumon.

Je crois pouvoir relever comme plus importante, la sonorité *étendue* et à timbre creux, constatée à la percussion de mon ma-

d'exsudats plastiques. L'endocarde est sain; les valvules artérielles et auriculo ventriculaires sont nettes.

Le foie est de volume normal, mais anémié ; il présente un commencement de dégénérescence graisseuse. Les autres viscères de l'abdomen sont sains. Les reins sont normaux.

La cavité cranienne n'a pas été ouverte.

[1] Berger, *Bullet. et mém. de la Soc. de Chirurgie*, t. X, 1884, p. 86.

[2] *Bullet. et mém. de la fac. de Chirur.*, t. X, 1884, p. 79.

lade, sous la clavicule, à la fois dans l'aisselle et dans la région externe de l'omoplate, alors que d'ailleurs le jeu des sondes démontrait bien que ce signe stéthoscopique ne pouvait se rapporter qu'à la plèvre, et non au poumon.

Chez l'opéré de M. Berger, auquel nous avons fait allusion déjà, une sonorité tympanique est également notée dans l'observation, pour le côté malade.

Ce symptôme, quand il existe, ne peut être que l'indice d'un grand espace libre. Il semble, dès lors, qu'il doive fournir une contre-indication formelle à l'intervention. Son absence, par contre, ne saurait être, pour la cavité, une preuve positive de dimensions restreintes ; il faut, en effet, pour qu'il puisse se manifester, que le foyer soit pour ainsi dire unique, et que la fistule communique directement et largement avec lui.

L'ancienneté de la maladie n'a pas, prise isolément, une grande importance diagnostique, au point de vue de l'épaisseur, ni de la profondeur des adhérences, puisqu'on a observé des guérisons spontanées de fistules pleurales après plusieurs années de suppuration, et que l'opération d'Estlander a produit des cures heureuses pour des empyèmes datant de 17 années dans le cas de Hermann Lossen[1], de 10 années pour l'un de ceux de M. Bouilly.

Mon observation n'en plaide pas moins en faveur de l'opération hâtive. Elle vient surtout à l'appui de cette vérité, presque banale aujourd'hui, que le délai apporté dans l'incision de l'empyème peut avoir, pour la suite, des conséquences irréparables. Six mois s'étaient écoulés, ici, entre le début de l'épanchement et l'ouverture du foyer.

L'histoire de mon malade fait ressortir, sous un de ses côtés non prévu peut-être jusqu'ici, l'inconvénient qui peut résulter de la méthode d'excision — voire même de la simple incision — de la plèvre pariétale, méthode contre laquelle M. Berger déjà s'était élevé dans son rapport, en se plaçant à un point de vue plus large, celui de la pathologie générale.

Que si, dans un cas donné, des circonstances exceptionnelles déterminaient néanmoins le chirurgien à adopter cette pratique, il y aurait avantage — admettant d'ailleurs que l'on se proposât de réunir la plaie — à rejeter les procédés d'incision de la peau, qui donnent lieu à une suture médiane.

Assurément, ce n'est ni le mode de section mis en usage pour les parties molles, ni même l'incision dirigée à travers le feuillet pleural, qui, dans mon cas particulier, ont été la cause efficiente de l'insuccès thérapeutique. La vraie source en réside dans les

[1] Berger, loc. cit. — *Bullet. et mém. de la Soc. de Chirurgie*, t. IX, p. 978.

dont il se servait, rapproche vivement les jambes par un mouvement instinctif pour le retenir, et par ce mouvement enfonce la pointe du couteau dans la main gauche. Il y a immédiatement un écoulement de sang très abondant, qui met les jours du blessé en danger, et qui s'arrête sous l'influence de la compression exercée au-dessus et au-dessous de la plaie.

La guérison fut complète, après un mois de séjour au lit, tellement bien que B... fut pris au conseil de revision en 1873 et incorporé dans un régiment d'infanterie, où il a fait quatre ans de service. Il était souvent gêné, nous dit-il, mais malgré ses réclamations jamais le major n'a voulu le reconnaître malade, ni le dispenser des exercices ou des marches, qui le fatiguaient surtout beaucoup. Il présentait seulement à cette époque des battements au niveau de la cicatrice et des varices du mollet. Cela ne l'a pas empêché, à l'expiration de son service militaire, de reprendre son état pénible de mineur. Il éprouvait bien une gêne et notamment une sensation particulière de lassitude dans le membre ; les battements se montraient toujours au niveau de la cicatrice et les varices augmentaient, mais la tumeur n'aurait commencé à devenir apparente qu'il y a six mois seulement.

La tumeur présente des caractères classiques de l'anévrisme : souffle et expansion isochrones au pouls artériel et disparaissant instantanément sous l'influence de la compression de la fémorale entre le cœur et la tumeur.

Le diagnostic ne saurait être douteux : B... est porteur d'un anévrisme de la fémorale gauche ; celui-ci commence à 10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou ; son diamètre dans le sens de l'axe du membre est de 14 centimètres, dans le sens transversal, de 20 centimètres ; mais cette dernière mesure n'est peut-être pas aussi exacte que les autres, la tumeur n'étant pas nettement limitée dans ce sens.

La circonférence de la cuisse gauche mesurée au point culminant de la tumeur, à 10 centimètres du genou, là où se trouve la cicatrice du coup de couteau très apparente, est de 50 centimètres, tandis que celle du côté opposé n'en mesure que 42 au même niveau.

Le mollet présente une dilatation considérable de toutes les veines ; il a l'aspect d'un énorme paquet variqueux ; il a 40 1/2 centimètres de circonférence.

Je résolus d'essayer la guérison par la compression au moyen de la bande d'Esmarch, d'après le système du Dr Reid, dont les bons effets avaient été vantés au congrès de Londres.

Le 16 avril, la bande élastique est méthodiquement appliquée à 9 heures du matin, en suivant les précautions indiquées ; elle est laissée en place une heure.

Au bout de 10 minutes, on dut recourir au chloroforme à cause des souffrances intolérables ressenties par le malade.

La compression digitale fut faite par les internes, de 10 heures jusqu'à 3 heures 1/2.

La tumeur a augmenté de consistance, le bruit de souffle a diminué d'intensité.

Le lendemain 17, nous recommençons dans les mêmes conditions. Compression élastique avec chloroforme pendant une heure, compression digitale pendant six heures. La pression dans la région inguinale est devenue intolérable, les ganglions sont tuméfiés et très douloureux.

Le malade est soumis à l'influence de l'opium ; le membre est immobilisé et enveloppé dans la ouate.

La tumeur reste dure, mais le souffle persiste. Le 23, nous faisons une troisième tentative de compression, en suivant le même manuel opératoire que les deux premières fois. Elle ne produisit pas un meilleur résultat; mais elle fut beaucoup plus douloureuse pour le malade, et fut suivie d'accidents fébriles.

B... déclara nettement qu'il ne voulait pas qu'on fît une nouvelle tentative, et réclama une opération « qui le tuât ou le guérît sans le faire tant souffrir ».

Elle fut faite le 30 avril, en présence et avec l'aide de mon collègue à l'Hôtel-Dieu, M. Paul Cassin, de MM. Taulier et Blanc, médecins de la ville, Charrier et Boinet, médecins militaires, et de nos internes.

J'étais décidé à faire la double ligature au-dessus de l'anévrisme, avec section du vaisseau entre les ligatures ; la lecture du mémoire de Sédillot ne fit que confirmer ma résolution.

L'opération fut des plus simples et des plus rapides. Le malade est chloroformisé. Emploi du spray. Incision de 10 centimètres sur le trajet de l'artère commençant à un travers de doigt au-dessus de l'anévrisme et s'étendant jusqu'à la partie inférieure du triangle de Scarpa. Le couturier est rejeté en dedans ; l'artère est isolée de son enveloppe celluleuse; deux fils de catgut chromique n° 3 sont appliqués à 3 centimètres de distance l'un de l'autre et fortement serrés ; (nœud du chirurgien) ; la ligature inférieure est distante de 4 centimètres de la partie supérieure du sac ; un coup de ciseau est donné entre les deux ligatures, et les deux bouts s'écartent immédiatement d'environ deux centimètres.

Les battements disparaissent instantanément dans le sac et dans tout le système artériel au-dessous de la ligature ; le membre se refroidit, et la possibilité d'une ligature à faire au-dessous du sac est pour lors écartée.

Un tube à drainage est placé dans la plaie, qui est suturée. Pansement de Lister.

Aucun accident. Quatre jours après le tube à drainage est retiré; au bout de huit jours la plaie était cicatrisée. J'avais toutes les peines du monde à faire rester dans son lit le malade, qui reprenait ses forces avec la plus grande rapidité.

Au bout de trois semaines il se levait, et peu à près il quittait l'hôpital.

Il conservait une tumeur dure, résistante, dont les dimensions, quoique beaucoup moindres que celles de l'anévrisme, étaient pourtant encore telles, qu'elle faisait encore une saillie notable à la partie interne de la cuisse. Cette tumeur n'a pas dû le gêner et l'empêcher de

continuer son ancien état. Il n'est plus revenu à l'hôpital, et malgré ses promesses, quoiqu'il travaille dans les environs, il ne nous a pas fait les visites promises.

Il est revenu ces jours derniers à la consultation de l'hôpital, et voici ce que m'écrit à son sujet mon collègue le Dr Paul Cassin :

B... va aussi bien que possible, il travaille régulièrement ; la circonférence du membre a diminué de 3 centimètres ; il présente une petite fistule au niveau de la plaie primitive.

Lecture.

M. Guermonprez (de Lille) lit un travail intitulé : *Sur un moyen de diagnostic applicable aux névralgies traumatiques anciennes* (application de courants électriques).

Ce travail est renvoyé à M. Berger, rapporteur.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 30 avril 1883.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. le Dr Fraipont, assistant à l'Université de Liège, adresse deux brochures intitulées :

a) *Cancer du col utériu;*

b) *Deux cas de laparo-hystérotomie pour fibromes utérin ;*

3° M. Delthil (de Nogent-sur-Marne) envoie une brochure intitulée: *Traitement de la diphtérie par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz;*

4° Le professeur CECCHESELLI (de Parme) envoie un travail intitulé : *De la néplorraphie dans le rein mobile* ;

5° Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, pour 1881 ;

6° Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

A propos du procès-verbal.

Lecture.

M. POLAILLON donne lecture d'un travail relatif au traitement des tumeurs cirsoïdes de la main.

Traitement des tumeurs cirsoïdes de la main. — Pour se faire une juste idée du meilleur traitement à appliquer aux tumeurs cirsoïdes de la main, le moyen le plus sûr est de consulter les observations déjà nombreuses et de mettre en relief les procédés qui ont réussi. Ces observations sont au nombre de 25, en y comprenant celles de nos collègues MM. Després et Berger. Je vais en donner un résumé bibliographique, puis j'en tirerai l'enseignement thérapeutique qu'elles comportent.

1° WARDROP. — Fille de 21 ans. Tumeur molle et pulsatile à l'annulaire droit. Artère digitale volumineuse se rendant à la tumeur. Les veines du dos de la main et de l'avant-bras sont dilatées. Après plusieurs essais de compression, Hodgson lia les artères radiale et cubitale. Au bout de quelques jours les battements étaient revenus. Deux ans plus tard Lawrence incisa tous les téguments, jusqu'aux tendons, à la base de la première phalange, et lia les deux bouts de l'artère digitale, qui avait les dimensions d'une radiale ordinaire. Il lia en outre un autre vaisseau artériel. Le doigt ne se gangrena pas. La plaie guérit et les pulsations ne revinrent pas (*Médico-chirurgical Transact.*, vol. IX, p. 216 ; 1818). *Guérison.*

2° CHÉLUIS. — Homme. Tumeur pulsatile occupant la face palmaire du pouce, l'éminence thénar et la partie interne de la première phalange de l'index, à droite. Ligature de la radiale. La tumeur s'affaissa considérablement et le malade put reprendre ses occupations manuelles (*Arch. de Méd.*, 2e *série*, t. IX, p. 232 ; 1835). *Amélioration.*

3° JOHN RUSSELL. — Femme de 41 ans. Tumeurs grosses comme des noix et pulsatiles à l'extrémité inférieure de l'annulaire et de l'auriculaire gauches. Les artères radiales et cubitales étaient élargies et tortueuses. Hémorragies fréquentes. Accroissement des tumeurs. Élargissement progressif des troncs artériels. Ligature préalable de la cubitale. Amputation des quatrième et cinquième métacarpiens (*London*

Médical Gazette, vol. XVIII, p. 173; 1836). *Guérison par amputation, constatée au bout de trois ans.*

4° Guillon. — Fille de 22 ans. Nœvus congénital s'étendant du pouce à la base de l'index. De 14 à 16 ans, la tumeur cirsoïde s'accrut rapidement. L'index à triplé de volume. A la base de ce doigt existe une tumeur du volume d'une tomate et de couleur lie de vin. Cette tumeur est pulsatile et présente le phénomène du frémissement cataire. La maladie gagne l'avant-bras. Les veines sont sinueuses et prodigieusement dilatées. Serre, Delmas, Dubrueil, Gensoul, jugèrent que la maladie était trop grave pour faire une opération quelconque (*Bulletin génér. de Thérapeutique*, t. XXVII, p. 324; 1844.) *Maladie considérée comme incurable; aucune opération.*

5° Lloyd. — Enfant. Anévrisme par anastomose de la pulpe de l'annulaire gauche, gros comme une cerise. Dissection et ablation de la tumeur. La perte de sang pendant l'opération fut beaucoup moindre qu'on ne s'y attendait (*The Lancet*, t. I, p. 83; 1853). *Guérison par ablation.*

6° Velpeau. — Femme de 22 ans. Tumeur entre le troisième et le quatrième métacarpien droit, depuis une année. Injections en deux endroits de 7 gouttes de perchlorure de fer. Huit jours après, injection de 12 gouttes. Compression de la radiale et de la cubitale par un compresseur mécanique; mais on est obligé d'y renoncer parce qu'il produit des escarres. Vingt jours après, injection de toute une seringue de Pravaz de perchlorure de fer. Huit jours après, injection de la moitié de la seringue. Ces injections sont suivies de gonflement et de douleurs assez vives; mais ces accidents sont passagers. On avait obtenu des noyaux durs dans la tumeur, dont les battements diminuèrent. Revue plus tard, cette femme avait conservé des noyaux durs, mais il y avait encore quelques battements (*Gaz. des Hôpitaux*, p. 502; 1855). *Amélioration.*

7° Nélaton. — Garçon de 4 ans et demi. Nœvus congénital à l'index droit. A l'âge de trois ans, Velpeau avait transpercé la tumeur avec des épingles et placé sur elle un fil entortillé. Hémorragies abondantes à la chute des épingles. Artère collatérale dilatée. Veines correspondantes très développées. Ligature de la collatérale qui alimentait la tumeur. Le petit malade n'a pas été revu (*Thèse de Vermont*, p. 8, Paris; 1855). *Résultat inconnu.*

8° Letenneur. — Homme de 43 ans. A l'âge de sept ans, blessure profonde à l'annulaire droit. Depuis cette époque dilatation des veines de la main et de l'avant-bras, qui va toujours en augmentant. A l'âge de 22 ans, nouvelle blessure à l'annulaire. Apparition d'une tumeur qui acquiert le volume d'une noix, s'ulcère et donne lieu à des hémorragies très graves. A l'âge de 40 ans, il ne peut plus se servir de la main ni du membre supérieur. La main et l'avant-bras ont doublé de volume. Varice artérielle de la radiale et de la cubitale. Énorme dila-

tation de toutes les veines du membre. Amputation du bras un peu au-dessus du tiers inférieur. Issue d'une grande quantité de sang par les veines aussi bien que par les artères pendant cette opération. Pendant trois jours le malade eut de forts battements dans son moignon. Cicatrisation rapide (*Bull. de la soc. de Chir.*, t. IX, p. 352; 1859). *Guérison par amputation*.

9° KRAUSE. — Homme de 45 ans. Morsure par un chien à la main gauche à l'âge de 7 ans. A 14 ans, sensation douloureuse dans cette main. A 25 ans, apparition, entre le médius et l'index, d'une tumeur sanguine. Cette tumeur fut considérée par Stromeyer comme un anévrisme artérioso-veineux. Ulcérations à l'extrémité des deux doigts affectés. Douleurs vives. Essais de compression sans succès. Amputation de l'avant-bras (*Arch. für Klin. Chir.*, t. II, p. 142 ; 1861). *Guérison par amputation.*

10° LAURIE.— Homme de 21 ans. Tumeurs flasques, non pulsatiles, sur le côté radial de la paume et sur la face dorsale de l'index et du médius. Taches vasculaires. Ulcérations. Hémorragies. Dilatation des artères de la main et de l'avant-bras. Veines variqueuses. Ligature au tiers inférieur du bras de l'artère humérale, qui avait le volume du petit doigt. Au bout de huit jours, violente hémorragie. Ligature de la cubitale au-dessus du poignet. Gangrène du bout du pouce, de l'index et du médius. Ces deux doigts s'éliminèrent. Six mois plus tard, la circulation s'était rétablie, mais les pulsations étaient beaucoup moins fortes (Obs. citée par Krause, *loc. cit.*, p. 160). *Amélioration.*

11° NÉLATON (observation communiquée par M. Gillette). — Homme de 22 ans. Dilatation de la partie inférieure de la radiale. Dilatation de toutes les veines dorsales de la main. La tumeur n'avait pas de tendance à grossir. Avant d'employer les injections de perchlorure de fer, Nélaton conseilla un bracelet compressif. Le malade n'a pas été revu (*Diction. encyclopéd.*, article Main, p. 119). *Résultat inconnu.*

12° DELORE. — Fille de 16 ans. Ablation d'un anévrisme spontané de la collatérale externe de l'index. Deux taches érectiles de la peau. Récidive d'une tumeur pulsative ; élévation de la température de la main ; hypertrophie du médius et de l'index. Ligatures successives de la radiale, de la cubitale et d'une artère médiane. Vingt-quatre jours après la dernière ligature, les battements étaient tellement faibles qu'il fallait une grande attention pour les percevoir (*Gazette hebdom.*, p. 365 ; 1863). *Amélioration.*

13° A. GUÉRIN et TRÉLAT. — Homme de 59 ans. Tumeur à l'index droit et à la paume. En 1861, Maisonneuve fait une injection de perchlorure de fer. La tumeur continue sa marche. Dilatation des artères et des veines. M. A. Guérin lie la radiale et injecte vingt gouttes de perchlorure de fer. Dix jours après, nouvelle injection de perchlorure de fer. Escarre. M. Trélat comprime la radiale et la cubitale. Hémorragie. Ligature de l'humérale au pli du coude. Hémorragie. Désar-

ticulation de la main (*Archives génér. de Méd.*, t. II, p. 669; 1865). *Guérison par amputation.*

14° Gherini. — Fille de 9 ans et demi. Deux tumeurs congénitales, l'une sur la face dorsale, l'autre dans la paume de la main. Dilatation des veines. Ligature de la radiale, et 7 mois et demi après cette opération, ligature de la cubitale. La maladie conserve encore ses signes, mais très peu sensibles (*Gaz. des Hôpitaux*, p. 303; 1867). *Amélioration.*

15° Demarquay. — Garçon de 13 ans. Coup de pierre sur le côté externe du médius gauche, à l'âge de 5 ans. Petite plaie qui se cicatrisa en quatre jours. Au bout de 15 jours, douleur au point contus et tumeur commençante. Commencement de dilatation des artères de l'avant-bras. Ligature préalable de la radiale et de la cubitale. Plusieurs injections de perchlorure de fer. Les injections déterminèrent des accidents phlegmoneux et des abcès. Il y eut même une fois une hémorragie abondante. Guérison complète (*Gaz. des Hôpit.*, p. 117 et 126; 1868). *Guérison.*

16° Broca. — Tumeur érectile du médius qui, ayant débuté par une tache, avait fini par donner lieu à des complications assez graves pour nécessiter d'abord la ligature de la radiale, puis l'amputation du bras. Cette dernière opération avait été faite par Michon (*Traité des tumeurs*, t. II, p. 188). *Guérison par amputation.*

17° Gozzoli. — Observation prise sur lui-même. Tumeur à la base de l'index. Trois injections de perchlorure de fer. Deux caillots durs se sont formés dans la tumeur, mais on y sent encore quelques légers battements (*Thèse pour le doctorat*, Paris, 1875). *Amélioration.*

18° Obalinski. — Femme de 30 ans. Tumeur cirsoïde de la main et de l'avant-bras gauches, qui a amené la gangrène de deux doigts et des hémorragies abondantes. Amputation du bras (*Centralbl. für chir.* n° 3; 1875; et *Revue des sciences médicales d'Hayem*, t. VI, p. 113; 1875). *Guérison par amputation.*

19° C. Nicoladoni. — Homme. Développement cirsoïde énorme des vaisseaux du doigt. Dilatation variqueuse consécutive des vaisseaux de tout le membre. Souffle. Pulsations. Hypertrophie du cœur. Le malade peut encore se servir de son bras. Expectation (*Arch. für Klin. Chir.*, t. XVIII, p. 252; 1875). *Expectation.*

20° C. Nicoladoni. — Homme de 22 ans. La maladie siège sur l'annulaire, l'auriculaire et l'éminence hypothénar gauche. Taches vasculaires. Ectasie des artères cubitale, humérale et axillaire. Dilatation des veines de l'avant-bras. Impossibilité de se servir de la main. L'auteur pense que l'amputation est indiquée (*Arch. für Klin. Chir.*, t. XX, p. 146; 1877). *Il n'y a pas eu de traitement chirurgical.*

21° Tillaux. — Dilatation cirsoïde de la main gauche remontant jusqu'au pli du coude. Momification de l'extrémité du médius. La compression a été inefficace et douloureuse (Présentation à la Société de

chirurgie. Discussion. *Bull. de la Soc. de chir.*, t. III, p. 426 ; 1877). *Compression inefficace.*

22° Polaillon.—Homme de 30 ans. Tumeur cirsoïde développée au niveau du premier espace interosseux du côté droit. La main et l'avant bras étaient plus rouges, plus chauds, plus volumineux que les parties gauches correspondantes. Les muscles étaient plus développés, quoique leurs contractions fussent plus faibles. Tout le membre était engourdi et un peu douloureux. Les veines du dos de la main étaient dilatées et pulsatiles. Injection de perchlorure de fer. Les battements cessent complètement dans la tumeur. Le malade n'a pas été revu longtemps après l'opération. Est-il resté guéri ? (*Bull. de la Société clinique de Paris,* t. II, p. 165 ; 1878). *Guérison.*

23° H. Fischer. — Homme de 24 ans. A sa naissance sa main et son avant-bras gauches étaient plus gros, plus rouges que les parties similaires du côté opposé. Avec les années ces parties grossirent considérablement et les vaisseaux se dilatèrent. L'artère humérale était flexueuse et énormément dilatée. Toutes les branches de l'humérale étaient dilatées et sinueuse. Ulcérations à la face postérieure de l'avant-bras et autour des ongles. Hémorragies. Douleurs insupportables dans la main et le bras. Affaiblissement considérable. Ligature de l'axillaire. Le gonflement tomba pendant quelques jours ; mais il revint ainsi que les hémorragies. Amputation du bras au tiers supérieur. On fut obligé de placer de très nombreuses ligatures et de comprimer solidement le moignon. Les jours suivants il y eut des hémorragies artérielles profuses. Néanmoins la plaie guérit par suppuration (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, t. XII, p. 29 ; 1880). *Guérison par amputation.*

24° Desprès.—Femme de 64 ans. Tumeur cirsoïde du médius. Dilatation de l'artère cubitale. Ulcération de l'extrémité du doigt. Dissection et ablation de la cubitale dans l'étendue de 3 centimètres. Amputation du doigt dans la continuité du métacarpien (*Soc. de Chirurgie,* séance du 9 avril 1884). *Guérison par amputation.*

25° Berger.— Homme de 20 ans. Tumeur cirsoïde occupant l'index droit, l'éminence thénar et la racine du médius. Dilatation de la radiale, remontant jusqu'à l'humérale. La compression avec un gantelet de caoutchouc ne donne aucun résultat favorable. Injections de perchlorure de fer. Escarre. Diminution progressive du souffle, des battements et des dilatations artérielles. Guérison (*Soc. de Chirurgie,* séance du 16 avril 1884). *Guérison.*

A ces 25 observations, je peux en ajouter une nouvelle que voici :

26° Observation personnelle.— En 1872, pendant un remplacement de vacances de M. Broca à l'hôpital de la Clinique, j'observai un garçon de 10 ans qui venait dans le service pour se faire traiter d'une tumeur de la main droite. Cette tumeur occupait la région antérieure et externe de la première phalange de l'index et se prolongeait dans la

paume. Elle était molle, réductible, pourvue de pulsations et d'un bruit de souffle. La peau qui la recouvrait était saine et avait une teinte légèrement bleuâtre. Des veines dilatées se montraient à la surface et autour d'elle. Les artères de l'avant-bras n'étaient pas dilatées. M. Broca, qui avait vu le malade, avait diagnostiqué une tumeur cirsoïde, et m'avait laissé le soin de le traiter. Je lui fis plusieurs injections de perchlorure de fer, et au bout de quelques semaines il fut guéri.

En 1882, ce garçon, qui était devenu un homme, revint nous montrer son doigt, 10 ans après le traitement que je lui avais fait subir et après la guérison que je pensais avoir obtenue. La tumeur occupait toujours le même siège sur l'index droit. Elle avait subi un accroissement à peu près parallèle à celui du reste de la main. Elle était molle, peu réductible, et contenait dans son intérieur des noyaux durs ; mais elle présentait encore des pulsations et un léger bruit de souffle. Pas de dilatations vasculaires de voisinage.

Ainsi la guérison n'avait été qu'apparente. Notre traitement n'avait eu pour résultat, selon toute vraisemblance, que d'empêcher l'accroissement de la tumeur et les dilatations vasculaires périphériques. Il avait maintenu la maladie dans des limites très supportables et tout à fait compatibles avec les fonctions de la main.

Il aurait été probablement facile d'obtenir une guérison définitive avec quelques nouvelles injections de perchlorure de fer. Mais le jeune homme, qui expérait que cette tumeur l'exempterait du service militaire, ne voulut pas s'y soumettre. Je ne l'ai pas revu.

Pour les tumeurs cirsoïdes de la main, comme pour les tumeurs cirsoïdes du crâne, le seul traitement efficace consiste dans la destruction ou l'oblitération des vaisseaux de la tumeur elle-même. Toutes les opérations qui portent sur les vaisseaux afférents n'ont donné que des résultats nuls ou incertains.

La *compression*, dont l'application sur la main et sur le membre supérieur est cependant si facile, a échoué dans les sept essais qu'on en a fait. Quelquefois elle a été si douloureuse, que les malades n'ont pu la supporter. L'usage d'un doigtier ou d'un gantelet de caoutchouc, dans le but de retarder l'évolution de la tumeur, est même d'une utilité fort problématique. Abernethy (*Surg. obs.*, p. 234, 8e édit., London, 1826) dit avoir guéri par la compression un anévrisme par anastomose de l'avant-bras chez un enfant de deux mois. Après le traitement, qui dura six mois, on sentait sous la peau de petites cordes solides. Mais ce résultat indique qu'on avait affaire à des dilatations veineuses, et cela d'autant plus qu'Abernethy n'avait pas mentionné les pulsations de la tumeur.

La *ligature* des artères de l'avant-bras et du bras n'a donné que de mauvais résultats. Dans le fait rapporté par Broca, on lie la radiale, mais, quelque temps après, on est obligé d'amputer le bras. John Russell et M. Desprès ont si peu de confiance dans la

ligature, qu'ils la considèrent seulement comme un moyen de modérer la perte du sang pendant l'amputation des doigts affectés. Chez le mala de deM. Trélat, on lie d'abord la radiale et quelque temps après l'humérale; néanmoins, il faut désarticuler la main. H. Fischer lie l'axillaire, ce qui n'empêche pas qu'il est obligé de couper le bras quelques jours après. Chélins, Laurie, Delore, Ghérini, après avoir pratiqué la ligature d'une ou de plusieurs artères, voient bien la tumeur s'affaisser et les battements diminuer, mais ils n'obtiennent qu'une amélioration précaire, sans guérison définitive. Jamais la ligature n'a guéri une tumeur cirsoïde de la main. Si Demarquay a obtenu une guérison complète, c'est qu'il a associé à la ligature de la radiale et de la cubitale plusieurs injections de perchlorure de fer, qui ont fait suppurer la tumeur et ont amené directement l'oblitération de ses vaisseaux. Le succès de Lawrence ne doit pas non plus compter à l'actif de la ligature, car il a agi directement sur la tumeur en l'entourant d'une incision circulaire pratiquée à la base du doigt, en liant les artères dans la plaie et en supprimant ainsi toute circulation dans son intérieur. En somme, la ligature à distance, pratiquée treize fois, n'a réussi que deux fois, parce qu'on avait agi en même temps sur la production cirsoïde elle-même.

Il suffit, en effet, de supprimer les communications artério-veineuses qui existent dans la tumeur cirsoïde, pour voir cesser du même coup les phénomènes morbides locaux et les dilatations ascendantes des vaisseaux. Deux moyens s'offrent à nous, la *destruction de la tumeur* et les *injections coagulantes*.

L'*ablation* avec le bistouri n'est pas applicable lorsque la tumeur cirsoïde est étendue, profonde et diffuse, parce que cette opération donnerait lieu à des hémorragies considérables et à des délabrements nécessaires. Sans doute, on se mettrait facilement à l'abri de la perte du sang pendant l'acte opératoire, en pratiquant l'ischémie du membre avec une bande de caoutchouc; mais les hémorragies de la cicatrisation seraient fort à craindre et difficiles à réprimer, et les délabrements dans les organes de la main seraient irrémédiables. Au contraire, lorsque la tumeur est petite, bien limitée, non adhérente aux parties profondes, l'ablation est une excellente méthode. Lloyd ayant affaire à un anévrisme par anastomose, gros comme une cerise et situé à la pulpe de l'annulaire, l'isola par la dissection et l'enleva. L'opération ne présenta pas de difficulté, et la perte du sang fut beaucoup moindre qu'on ne s'y attendait. La guérison fut complète après suppuration de la plaie et une fusée purulente à la paume de la main.

Dans certains cas, la *cautérisation* avec le thermo-cautère ou le chlorure de zinc pourrait être employée comme agent destructeur,

et cela avec d'autant plus de raison que les injections de perchlorure de fer, dont nous allons parler, ont quelquefois agi comme caustiques. M. P. Berger nous a dit qu'ayant injecté une solution de perchlorure de fer, dont la quantité excédait un peu le contenu d'une seringue de Pravaz, une escarre se produisit. Celle-ci s'élimina lentement et fut remplacée par une surface granuleuse, d'aspect atonique, qui mit longtemps à se cicatriser, mais qui ne donna pas lieu à des hémorragies, ni à une cicatrice vicieuse. Le malade de M. Berger fut complètement guéri, bien que sa tumeur cirsoïde fût compliquée d'une dilatation de la radiale et de l'humérale, et d'un commencement de dilatation veineuse.

Les *injections coagulantes* constituent le procédé à la fois le plus simple et le plus sûr, lorsqu'on l'entoure des précautions voulues. Pour réussir, il faut remplir deux conditions qui ont été bien indiquées par M. Gosselin (Mémoire sur les tumeurs cirsoïdes artificielles, in *Arch. de Méd.*, 1867) : 1° oblitérer les vaisseaux dilatés en coagulant solidement le sang à leur intérieur ; 2° éviter une inflammation suppurative et même la gangrène, car l'ouverture d'un abcès ou l'élimination d'une escarre n'est pas toujours aussi innocente que dans le cas de M. Berger. Elle s'est accompagnée d'une hémorragie chez le malade que M. Trélat a eu à traiter.

La première condition nécessite l'arrêt, pendant dix minutes environ, de la circulation dans la tumeur, arrêt qu'il est très facile d'obtenir en comprimant l'artère humérale ou les deux artères de l'avant-bras. Il faut, en outre, que le liquide soit injecté dans les vaisseaux et non dans la trame celluleuse qui les entoure. Pour cela, on se sert d'une aiguille tubulée en or, dans laquelle la canule de la seringue de Pravaz pénètre à frottement. On pique la tumeur avec l'aiguille tubulée et on l'enfonce jusqu'à ce que l'issue du sang artériel indique qu'elle est arrivée dans la cavité d'un vaisseau. On introduit alors la canule de la seringue de Pravaz dans la tubulure de l'aiguille et on pousse l'injection.

Pour obtenir la seconde condition, qui consiste à produire une coagulation, sans provoquer la gangrène ni l'inflammation suppurative, on emploie une solution de perchlorure de fer à 30°, étendue de partie égale d'eau distillée, ou mieux la solution de Piazza. Quant au nombre de gouttes à injecter, il est variable avec le volume de la tumeur, mais ne doit pas dépasser cinq à dix gouttes à la fois. Il est rare qu'une seule injection suffise. Mais ce procédé est si exempt de danger, qu'on peut y revenir à cinq ou six jours d'intervalle, jusqu'à ce que la tumeur soit devenue dure, et jusqu'à ce que le bruit de souffle et les battements aient complètement cessé.

L'étude des observations montre que les injections de perchlo-

rure de fer qui ont été faites dans sept cas ont donné les résultats suivants : trois guérisons (obs. de Demarquay, de Polaillon (1879) et de P. Berger); trois améliorations (obs. de Velpeau, de Gazzoli et de Polaillon) (1884), qui se seraient probablement transformées en guérison définitive, si on avait pu continuer le traitement avec la persévérance nécessaire; un seul insuccès (obs. de Trélat).

L'amputation est l'extrême ressource. Elle est indiquée lorsque les troubles trophiques, les ulcérations, les hémorragies, les douleurs rendent le membre inutile et constituent un danger pour la vie. C'est ainsi que John Russell enlève les quatrième et cinquième métacarpiens avec les doigts correspondants, et que M. Després ampute le médius dont l'extrémité s'était sphacélée.

Dans le cas où l'avant-bras et le bras sont envahis par la dilatation des vaisseaux, plusieurs chirurgiens ont cru prudent d'enlever une grande partie du membre. Krause a coupé l'avant-bras. Letenneur, Michon, Obabinski et Fischer ont amputé le bras, et ce dernier a même fait porter la section jusqu'au niveau de son tiers supérieur. En agissant ainsi, ils ont voulu se mettre à l'abri d'une récidive et opérer sur des vaisseaux moins volumineux, moins nombreux, moins friables sous le fil de la ligature.

Cependant, dans un cas analogue, M. Trélat s'était borné à désarticuler la main; son opéré a bien guéri, et les artères dilatées laissées dans le moignon reprirent rapidement leur calibre normal. La dilatation des artères et des veines ne doit pas préoccuper le chirurgien outre mesure. L'expérience a prouvé qu'en supprimant l'extrémité du membre où siègent les canaux élargis qui font communiquer les artères et les veines, les vaisseaux dilatés et flexueux de l'avant-bras et du bras reviennent sur eux-mêmes en peu de jours. Letenneur a vu qu'après la section du bras, le sang coulait en jet non seulement par les artères, mais encore par toutes les veines et par le canal médullaire. Il lia tous les vaisseaux, veines et artères, et il arrêta l'écoulement sanguin du canal médullaire en le comprimant avec une boulette de charpie. L'opéré eut de forts battements dans son moignon pendant trois jours seulement. Puis la cicatrisation se fit promptement et régulièrement. La guérison s'est maintenue. Pendant l'amputation du bras au tiers supérieur, pratiquée par M. Fischer, il y eut aussi une hémorragie assez considérable, malgré une constriction très solide du membre. On fut obligé de placer de très nombreuses ligatures et de comprimer solidement le moignon. Les jours suivants, il y eut encore des hémorragies en nappes, néanmoins la plaie s'est guérie par suppuration. Aucun des amputés pour tumeur cirsoïde, et ils sont au nombre de huit, n'est mort. Il ne faut donc pas s'exagérer le danger

de l'hémorragie pendant et après ces opérations, surtout avec les moyens d'hémostase dont nous disposons aujourd'hui. En outre, d'après ce que nous venons de dire sur le retrait rapide des vaisseaux afférents, on peut amputer sans imprudence à travers les vaisseaux dilatés, et conserver au moignon de l'avant-bras ou du bras une plus grande longueur.

Discussion.

M. Després. Il y a une grande différence à établir entrc les artères simplement dilatées et les artères à la fois dilatées et flexueuses.

Dans le promier cas, la proposition de M. Polaillon est parfaitement justifiée; les artères reviennent sur elles-mêmes, aussitôt que l'on a supprimé la tumeur dont elles sont la conséquence. Mais il en est tout autrement des artères dilatées et flexueuses. Dans ces cas, les seuls qui méritent la désignation d'anévrisme cirsoïde, on ne peut obtenir de résultat qu'en agissant directement sur ces artères.

En ce qui concerne le traitement de ces lésions, je crois que les injections de perchlorure de fer constituent une mauvaise opération. Les seuls malades dont on ait publié la guérison sont ceux que l'on a perdu de vue après leur sortie de l'hôpital. Nul doute que si on avait pu les suivre, on n'aurait pas tardé à assister à une récidive.

M. Polaillon. Ce qui constitue le caractère fondamental, essentiel, des anévrismes cirsoïdes, c'est le fait de la communication facile des artères et des veines; quant à la flexuosité des artères, c'est un point tout à fait secondaire dans la question. Ceci dit, je persiste à croire qu'aussitôt que l'on a supprimé la cause de cette facile communication entre les systèmes artériel et veineux, la lésion artériellc à distance disparaît rapidement.

A propos du procès-verbal.

Communication orale.

DE LA PÉRINÉORRAPHIE.

M. Monod présente quelques remarques relatives à certains détails de procédé opératoire dans la périnéorraphie.

M. Trélat, dit-il, a bien voulu, dans la dernière séance, à laquelle je n'ai pu assister, faire allusion aux opérations de périnéorraphie, que mon collègue et ami le Dr Terrillon et moi avons, en nombre relativement assez grand, pratiquées de concert. M. Terrillon, à qui il appartiendrait peut-être plus qu'à moi de prendre la parole à ce sujet, car ses opérations sont plus nombreuses que les miennes, est malheureusement en congé et loin de nous; je ne crois pas cependant devoir laisser passer cette occasion de venir, en son nom, comme au mien, vous indiquer avec plus de précision qu'il n'a pu être fait, notre manière de procéder, et vous donner les résultats de notre pratique.

Toutes nos opérations ont été faites en commun et suivant le même procédé. Je puis donc les considérer toutes en bloc. Celles de mon collègue sont au nombre de 7 au moins, s'il me souvient bien (ce chiffre sera rectifié par lui s'il y a lieu); les miennes, au nombre du 4. Sur ce total de 11 cas nous comptons un *insuccès complet;* il s'agissait d'une femme, de tempérament lymphatique, à chairs molles et flasques, qui avait déjà été opérée deux ou trois fois par des chirurgiens divers, et dont les tissus se trouvaient, par suite même des nombreuses opérations déjà subies, dans de mauvaises conditions au point de vue de la réparation immédiate; un *insuccès partiel*, la partie anale du périnée restauré s'est rompue après l'ablation des fils, par suite de l'expulsion d'un énorme bol fécal; enfin une *fistule recto-vaginale*, accident que j'ai attribué à l'existence d'un catarrhe utérin, qui, à la suite de l'opération, avait présenté une subite recrudescence; malgré des lavages répétés du vagin, le liquide utérin, s'insinuant entre les surfaces d'avivement, mit obstacle à une réunion complète.

Dans tous les autres cas le résultat obtenu a été excellent.

Le procédé que nous avons employé est celui d'Emmet, exposé par Gaillard Thomas dans son livre, et par Judes Hue dans une communication qu'il vous a faite en 1876. C'est celui que M. Trélat a adopté dans ses dernières opérations.

Il consiste essentiellement en ceci, que les fils, pénétrant dans la peau à 1 centimètre en dehors de la surface d'avivement, s'en vont cheminant profondément dans les tissus gagner la cloison recto-vaginale, la traversent et ressortent en suivant un chemin parallèle sous l'autre bord de la plaie dans un point symétrique, du côté opposé au point d'entrée. On se sert pour passer ces fils d'une grande aiguille emmanchée, à courbure très prononcée. Il importe que le premier de ces points de suture soit très postérieur. L'orifice d'entrée et l'orifice de sortie doivent être situés à 1 centimètre et demi en dehors et en arrière de la circonférence postérieure de l'anus. Trois ou quatre fils, placés comme il vient d'être

dit, suffisent pour reformer le corps périnéal. Les deux ou trois suivants, en comptant d'arrière en avant, qui doivent rapprocher la partie la plus antérieure des surfaces d'avivement et reconstituer la paroi postérieure du vagin et la région de la fourchette, ne traversent pas la cloison; ils sont donc apparents dans la plaie sur une partie de leur parcours. Ils ne sont pas cependant libres dans le vagin, comme paraît l'enseigner Judes Hue, mais tous complètement cachés dans la profondeur des surfaces avivées, dès que les sutures sont serrées.

Je trouve à ce procédé, comme l'a très bien dit M. Trélat, un premier avantage, celui de la simplicité et de la facilité d'exécution. Le premier fil, celui que l'on pourrait appeler *ano-vaginal*, est seul un peu pénible à placer, en raison de la grande courbe qu'il décrit, mais on en vient cependant toujours assez aisément à bout. Il me paraît de plus que nos fils périnéaux, tous profonds, embrassant une grande épaisseur de tissus, prenant sur la cloison un point d'appui solide, étreignant fortement les parties avivées, les rapprochant dans toute leur étendue sans oubli, doivent assurer la formation d'un périnée épais et solide. Je crois enfin, avec les auteurs qui ont préconisé ce procédé, que mieux que d'autres il permet la reconstitution d'un anus complet et de bonne qualité. Le fil ano-vaginal a, en effet, la prétention de ramasser, pour ainsi dire, les fibres déchirées du sphincter, pour mettre au contact bout à bout sur la ligne médiane les extrémités divisées. Telle est la théorie, elle a paru contestable. Je dois dire que chez nos opérées elle n'a pas été démentie par la pratique. Dans tous les cas qui me sont personnels le fonctionnement de l'anus réparé était excellent.

J'ajoute que ce résultat est obtenu sans le secours de sutures rectales, ce qui est aussi une simplification. Ce procédé permet-il aussi de laisser de côté la suture vaginale et celle de la fourchette? Sur ce point notre manière de faire se sépare un peu de celle de notre excellent maître.

Il vous a fait remarquer qu'au-dessus ou au-devant du corps périnéal reconstitué par les fils profonds cheminant à travers la cloison il restait une région béante, celle de la fourchette et de la paroi postérieure du vagin; le rapprochement exact de ces parties réclame pour lui l'emploi de sutures vaginales indépendantes. Pour nous, il nous a paru qu'en poursuivant la série des fils profonds de bas en haut jusque sur les limites supérieures de la surface d'avivement, les plus élevés ne traversant pas, comme nous l'avons dit la cloison, mais passant cependant dans la partie la plus reculée de la plaie, on obtenait souvent, même du côté du vagin, un affrontement excellent. Il nous a fallu parfois appliquer quel-

ques sutures vaginales superficielles, particulièrement au niveau de la fourchette, pour obtenir une régularité parfaite de forme. La précaution peut être considérée comme utile, mais elle n'est pas toujours nécessaire.

Nous en dirons autant de la suture périnéale superficielle : l'affrontement des deux bords cutanés de la plaie, obtenu à l'aide des seules sutures profondes, est souvent si exact que toute suture superficielle est évidemment inutile. Nous avons dû parfois cependant, après avoir serré les fils profonds, placer quelques points supplémentaires pour rendre la ligne de réunion absolument parfaite.

Sur un autre point encore notre pratique diffère un peu de celle de M. Trélat. Il a adopté pour la réunion profonde la suture entrecoupée, qui lui a du reste donné les meilleurs résultats. Nous avons nous jusqu'ici conservé la suture enchevillée. Il nous a semblé qu'agissant sur les parties les plus reculées de la plaie et d'une façon égale sur toute sa hauteur, elle assurait mieux le rapprochement exact et l'accollement parfait des deux surfaces d'avivement.

Nous avions bien, nous aussi, reconnu les inconvénients des chevilles faites avec des bouts de sonde ; elles tendent à ulcérer par pression la peau sur laquelle elles sont fortement appliquées. Mais cet accident peut être évité ou du moins considérablement atténué. Dans nos dernières opérations, nous nous sommes, à cet effet, servis pour fixer nos fils de tubes en plomb percés de trous analogues à ceux que M. Duplay emploie dans ses opérations d'hypospadias. Ces chevilles métalliques sont beaucoup mieux supportées par les tissus ; elles ont pu rester dix jours en place sans entamer sensiblement la peau.

Pour ma part, cependant, après le témoignage apporté par M. Trélat en faveur de la suture entrecoupée, je suis tout prêt à imiter sa conduite sur ce point, si je parviens à reconnaître que par ce moyen j'obtiens une bonne réunion des parties avivées.

En somme, messieurs, les points de contact entre le procédé adopté par M. Trélat et celui que nous avons suivi sont plus nombreux que les différences. Celles-ci sont d'ailleurs peu importantes. Et nous sommes heureux de voir la supériorité du procédé d'Emmet, auquel nous nous sommes ralliés, affirmée par une voix aussi autorisée.

Discussion.

M. Verneuil. Puisque la périnéorraphie revient à l'ordre du jour, je dirai à la Société que, depuis quelque temps, j'ai renoncé à l'avivement sanglant des surfaces à affronter, lorsque j'ai à traiter

une déchirure du périnée. Je fais, pour ces déchirures, ce qui m'a déjà donné de si bons résultats pour les fistules vésico-vaginales, je fais l'avivement au caustique, et ce n'est qu'après la chute de l'escarre, alors que celle-ci est remplacée par une surface granuleuse, que je pose mes fils ; en d'autres termes, j'utilise la réunion immédiate secondaire. Il y a quinze jours, j'ai opéré une jeune femme par cette méthode, et pas un fil n'a cédé. Le résultat est extrêmement bon, et l'opération est infiniment plus facile qu'avec l'avivement sanglant.

M. Trélat. Ce que vient de nous dire M. Verneuil est très intéressant, et il serait à désirer qu'il nous fasse connaître les observations de ses malades en nous donnant quelques détails sur le manuel opératoire, sur l'époque exacte de la pose des fils, etc., etc.

Je répondrai à M. Monod, en ce qui concerne la suture enchevillée, que si je l'ai abandonnée dans les trois dernières opérations que je viens de pratiquer, c'est non pas parce que je la trouve absolument mauvaise, mais parce que mon expérience m'a appris qu'elle ne valait pas la suture entortillée.

Quant aux sutures vaginales, je vois que M. Monod ne les rejette pas complètement, et qu'il les réserve aux cas dans lesquels la déchirure est très étendue, et que les lèvres de la solution de continuité ne peuvent pas s'affronter toutes seules dans le vagin. Cela nous met à peu près d'accord, puisque nous reconnaissons que dans certains cas légers on peut se passer de ces sutures vaginales.

M. Guéniot. Jusqu'à présent, dans la discussion qui vient de s'engager, on n'a envisagé la périnéorraphie qu'au point de vue de la restitution des formes, et l'on ne me paraît pas s'être assez occupé de la restitution de la fonction. Ce résultat, cependant, est extrêmement important, puisque j'ai pu voir des périnées parfaitement restaurés en apparence, alors que la femme perdait encore ses matières fécales, par le fait de l'inertie de l'anus.

Or, je crois que les sutures de M. Jude Hue, en mettant plus exactement en contact les deux parties du sphincter séparées par la déchirure, permettent plus facilement à ce sphincter de récupérer ses fonctions. C'est là un avantage incontestable et dont il faut tenir le plus grand compte, lorsqu'on veut comparer les diverses méthodes proposées pour la suture du périnée.

M. Pozzi. Je traite en ce moment une femme qui a une rupture du périnée et de toute la moitié inférieure de la cloison recto-vaginale. Je l'ai opérée deux fois par l'avivement sanglant, et, bien que les sutures n'aient rien laissé à désirer, la réunion n'a pu être obtenue, sans doute à cause du mauvais état général de la malade.

J'ai essayé alors de la réunion immédiate secondaire dont vient de nous parler M. Verneuil, et j'ai obtenu un bon résultat. La déchirure, qui remontait à une hauteur de 6 centimètres, n'en a plus que deux à l'heure actuelle. Je ne doute pas que je n'arrive à faire disparaître cette dernière par une ou deux nouvelles opérations : je me sers du thermo-cautère et j'ai fait deux longues incisions libératrices sur la paroi vaginale.

Je n'ai mis des sutures pour rapprocher les surfaces granuleuses que la première fois. J'ai cru pouvoir les omettre dans une seconde opération.

En effet, l'affrontement exact m'a paru inutile, le rapprochement suffit, et je crois qu'il y a lieu de se demander si, dans les opérations de ce genre, c'est bien à la suture qu'il faut attribuer les succès obtenus. Ne pourrait-on pas admettre qu'il s'agit plutôt d'une rétraction cicatricielle, se faisant par le mécanisme bien connu de la rétraction dans les plaies angulaires ?

Quoi qu'il en soit, la méthode est bonne, et l'on devra toujours l'essayer lorsque l'on aura échoué en employant la suture après avivement sanglant.

M. Polaillon. Jusqu'à présent, il n'a pas été question de la muqueuse ano-rectale, et cependant je crois qu'il y a lieu d'en tenir grand compte. Cela est vrai surtout lorsque la déchirure étant très profonde, la muqueuse voisine, peu à peu repoussée par les efforts de la défécation, vient faire saillie entre les lèvres de la solution de continuité.

Dans ce cas, après avivement des parties à réunir, je décolle la partie antérieure du bourrelet muqueux, et je l'abaisse de façon à le réunir au plus inférieur des points de suture. De cette façon, les surfaces avivées et réunies se trouvent à l'abri de tout contact avec les matières et les gaz.

M. Monod. Je répondrai à M. Guéniot que le procédé que nous avons employé est excellent au point de vue du rétablissement de la fonction, justement parce que, plus que tout autre, il permet le rapprochement des fibres du sphincter divisé.

Nous n'avons pas pensé qu'il fût nécessaire de décoller la muqueuse rectale et de l'abaisser, parce que cette muqueuse se trouve affrontée, aussi exactement que possible, par nos sutures profondes.

M. Marc Sée. M. Trélat a attiré l'attention des chirurgiens sur les inconvénients des sutures enchevillées, et il a eu raison, si l'on se sert soit de tiges de plomb, soit d'une sonde à urètre. Les choses sont tout autres, si l'on met en usage de petits rouleaux de

gaze iodoformés. Depuis quelque temps je me sers de rouleaux de cette nature, et je m'en trouve très bien.

M. Polaillon. Je persiste à croire que le décollement de la muqueuse et son abaissement est un excellent procédé. Il n'en est pas qui mette plus sûrement à l'abri des fistules recto-vaginales ultérieures.

M. Trélat. C'est là une manière de faire qui dépend bien plutôt d'un cas particulier que d'une disposition générale. Il est certain que chez quelques malades on trouve le bourrelet muqueux signalé par M. Polaillon, et que l'on est conduit tout naturellement au décollement et à l'abaissement dont il nous parle; mais chez d'autres, où il n'y a aucun bourrelet semblable, je ne vois aucun intérêt à aller décoller, pour l'abaisser, la muqueuse située au-dessus de la déchirure.

En ce qui concerne le rétablissement de la fonction, je tiens à dire que si je ne l'ai pas mis en cause, c'est uniquement parce que je me suis placé au point de vue spécial de la commodité de l'opération. Je dois dire d'ailleurs que les résultats fonctionnels sont les mêmes, quel que soit le procédé employé, et que le cas malheureux de M. Guéniot se serait probablement produit, quelle que soit la méthode mise en usage.

Rapport.

M. Richelot lit un rapport sur un travail de M. Guermonprez (de Lille), intitulé :

Sur le pronostic des mutilations de la main.

Messieurs,

Le 16 janvier dernier, M. Guermonprez (de Lille) vous a lu un mémoire *Sur le pronostic des mutilations de la main.* Une quinzaine d'observations forment la base du travail dont je dois vous rendre compte.

Je commencerai par un léger reproche. L'auteur avance que, dans les mutilations de la main, « le choix entre l'intervention chirurgicale primitive et la régularisation tardive est encore une question controversée. » Or, il est possible que la question soit *ignorée* de quelques médecins, mais je ne crois pas qu'on puisse la dire *controversée*. En d'autres termes, l'opinion des chirurgiens

d'expérience est faite depuis longtemps, et l'intervention primitive condamnée d'une façon générale. Nous savons tous aujourd'hui qu'en présence des blessures graves de la main, il faut ordinairement s'abstenir de résections et d'amputations partielles, et laisser la nature sauver ce qui peut vivre, éliminer ce qui doit disparaître. Sans parler des accidents opératoires que la méthode antiseptique nous permet aujourd'hui, mieux qu'autrefois, de conjurer, il nous reste encore de sérieux motifs d'abstention. Les opérations réglées, telles que les désarticulations phalangiennes, retranchent presque toujours au delà du nécessaire. Il est impossible de prévoir exactement quelles parties seront éliminées, quelles autres sont destinées à vivre ; par suite, on s'expose à faire des sacrifices inutiles. Or, tout sacrifice dans cette région est déplorable, car la moindre partie a son utilité fonctionnelle ; tout ce qui reste est bon à garder. Si, par hasard, une cicatrice ou une consolidation vicieuse arrive à produire quelque infirmité, il est temps alors d'intervenir secondairement ; le travail de réparation accompli, on est bien sûr de n'enlever que la partie qui gêne.

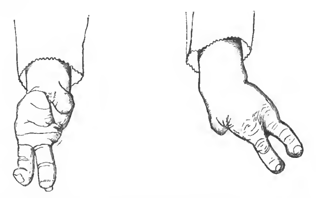
Tels sont les principes qu'il est toujours bon de rappeler en pareille matière. M. Guermonprez arrive, je le reconnais, à des conclusions conformes : « On peut, dit-il, obtenir le retour de la dextérité et de la vigueur de la main, aussi bien par l'intervention chirurgicale tardive, que par les amputations et les désarticulations primitives. — Les opérations primitives, alors même qu'elles ne sont suivies d'aucun accident, ne mettent pas toujours à l'abri des atrophies secondaires et des dépréciations définitives, au point de vue de la vigueur et de la dextérité. — Il y a donc lieu de préférer les régularisations tardives à l'intervention chirurgicale primitive. » Ces paroles sont sages, mais empreintes de quelque mollesse, et nous aurions voulu que l'auteur se demandât si l'abstention, dans quelques-uns des faits qu'il relate, n'aurait pas conservé à ces mains mutilées des parties utiles qui furent sacrifiées en pure perte.

Quoi qu'il en soit, les observations de M. Guermonprez offrent de l'intérêt. Elles sont, dit l'auteur, d'une certaine banalité, car toutes se rapportent à des mutilations produites par des coups d'engrenage. Mais, d'autre part, les blessures remontent à une époque éloignée, ce qui permet d'observer des résultats définitifs au point de vue de la restitution partielle ou intégrale des mouvements. De plus, l'auteur a joint à son travail une série de gravures qui rendent bien compte des divers types de mutilation de la main et des modes de préhension qui restaient aux blessés. Ces gravures ajoutent une valeur incontestable aux observations, dont les principales, réunies, forment un très court mémoire que je vous propose de

publier dans notre *Bulletin*, en adressant des remerciements à l'auteur.

I. — Mutilations du côté radial.

Obs. I. — *Conservation de tous les mouvements, excepté ceux de la dernière phalange. — Très notable diminution de la vigueur de la main.*



Une fille de 21 ans a la main gauche broyée par un engrenage. Il n'est pas fait d'opération immédiate. Le huitième jour on enlève une partie des esquilles; le quinzième on désarticule le premier métacarpien.

Actuellement, il ne reste plus que les deux derniers doigts, la moitié du 3e métacarpien et un très petit débris du 2e. Les mouvements des deux doigts qui restent sont complets, excepté ceux de la phalange unguéale de l'auriculaire, qui demeure ankylosé dans la flexion.

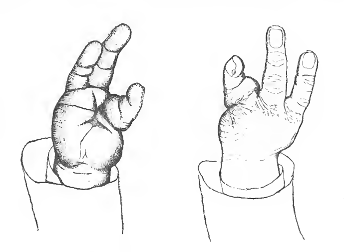
Arrivée à l'âge de 54 ans, cette femme utilise son reste de main pour faire tous ses travaux ; mais elle ne peut s'en servir pour soulever des fardeaux, pour faire de grands efforts.

Obs. II.—*Perte complète du pouce et des deux premiers métacarpiens; suture d'un débris d'index et d'un débris de médius. — Adaptation de ce doigt nouveau aux fonctions d'opposition; conservation d'une assez grande vigueur pour le coup de marteau, le maniement de la manivelle*, etc.; *conservation d'une certaine dextérité.*

Un garçon de 13 ans a la main prise par l'engrenage d'un métier à peigner le lin. Le pouce est complètement détaché. L'index et le médius sont broyés.

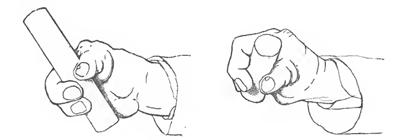
A l'hôpital Saint-Sauveur, on rapproche les débris du médius de ceux de l'index, après avoir enlevé ce qui restait du premier métacarpien, et après avoir enlevé une série d'esquilles devenues libres. Les diverses plaies étant cicatrisées, après élimination des parties sphacélées, le membre est impuissant pendant une année environ.

Peu à peu cet enfant utilise ce qui lui reste en exerçant diverses professions manuelles. Il ne songe même pas à tenter l'écriture proprement dite; il se contente d'écrire des chiffres et de savoir signer son nom; mais il se livre à des travaux variés, tantôt de force, tantôt d'adresse,



et il est arrivé à faire subir à son premier doigt une série de modifications, jusqu'à en faire en quelque sorte un nouveau pouce.

Actuellement, 24 ans après l'accident, cet homme est marchand de légumes, et, comme tel, il est seul pour cultiver sa terre, porter des



fardeaux, conduire son cheval. Dans toutes ces circonstances, il se sert de son premier doigt comme d'un pouce véritable et l'oppose très aisément aux deux autres doigts, ainsi que le montre la figure prise au moment où il manœuvre une manivelle et aussi celle qui représente la fin d'un coup de marteau.

En examinant attentivement ce premier doigt, on trouve, sur le côté interne d'un ongle conservé dans sa totalité et conformé d'une façon régulière, un autre petit ongle, plus épais que le premier, suivant une

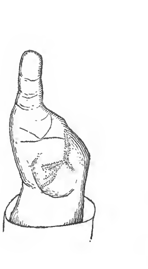
direction à peu près perpendiculaire, et donnant à L... la sensation d'une partie appartenant à un autre doigt.

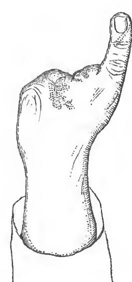
De toutes les cicatrices, la seule notable est celle que représente le dessin de la face dorsale, sous la forme d'un pointillé dirigé longitudinalement depuis l'ongle jusque vers le milieu de la région métacarpienne. L'un des bords appartiendrait à un doigt et l'autre au doigt voisin.

L'exploration du squelette permet d'apprécier très nettement l'existence de deux phalanges, l'une, unguéale, tellement longue qu'elle paraît être le résultat de la soudure de deux débris d'une certaine importance; l'autre, métacarpienne, un peu plus étroite et moins longue que la phalange correspondante de l'index ou du médius de la main gauche.

La situation de cette phalange est très étrange : elle se luxe sur son métacarpien pour remplir ses fonctions de pouce. C'est ce qu'indique le dessin pris pendant le maniement de la manivelle. En avant de la saillie que fait l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire, se trouve celle de la tête du 3e métacarpien, que l'on sent intact sous la peau. C'est avec la partie latérale de cet os que s'unit la phalange du doigt correspondant, à l'aide d'une articulation remarquable par sa grande laxité. C'est dans un plan presque perpendiculaire à l'axe de ce métacarpien que le nouveau pouce effectue des mouvements d'opposition.

Obs. III. — *Conservation d'un doigt d'une grande dextérité. — Possibilité de soulever des objets pesants et de les transporter à dis-*

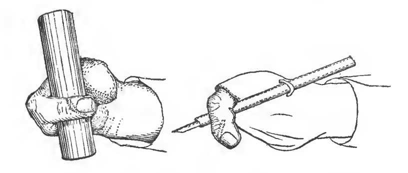




tance. — Possibilité de manier le marteau, la manivelle, et de faire d'autres travaux de force. — Habitude prise de faire chaque jour, sans fatigue notable, dix à onze heures de travail d'écriture.

En 1875, un apprenti de 13 ans a la main broyée par un engrenage à grosses dents. Un chirurgien propose l'amputation immédiate, qui est repoussée.

Un autre constate la perte complète du pouce, enlève presque tout



ce qui reste du 2e métacarpien (l'index n'existant plus), ne laisse que la moitié du 3e métacarpien et les trois quarts du 4e, les deux doigts correspondants étant perdus, et tente la conservation de l'auriculaire malgré la plaie pénétrante de la dernière articulation.

La guérison est obtenue deux mois après l'accident.

Actuellement cet homme peut frapper du marteau, soulever et transporter des objets pesants, ainsi que j'ai pu m'en assurer.

Grâce à un gant pourvu d'une œillère, il peut écrire, et il le fait, ainsi que l'exige son service, pendant 10 ou 11 heures par jour, sans éprouver de fatigue notable. Son écriture est rapide et très lisible.

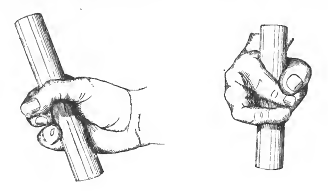
II. — Mutilations des parties médianes.

Obs. IV. — *Vigueur conservée. — Dextérité pour faire les pansements.*

Dans ce cas, l'amputation du médius et de l'annulaire a été faite aussitôt après l'accident.

Bien que les 3 autres doigts soient intacts, à l'exception de la phalange unguéale de l'auriculaire, la vigueur est parfois diminuée : c'est lorsqu'il s'agit de serrer des objets de grosse dimension. La vigueur est au contraire intacte et il y a même une grande résistance à la fatigue, lorsqu'il s'agit de manier des objets, même très pesants, si la poignée n'a pas plus de 2 centimètres d'épaisseur.

La dextérité est vraiment bonne, surtout lorsqu'il s'agit de faire des pansements. Il faut signaler, toutefois, une sensation de fatigue, avec

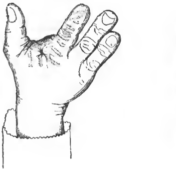


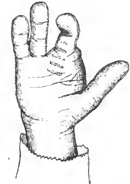
du tremblement, lorsque le travail de l'écriture est un peu trop prolongé. Il n'y a cependant pas de véritable crampe des écrivains.

Obs. V. — *Perte des articulations interphalangiennes du médius; conservation de tous les autres mouvements. — Conservation d'une assez grande dextérité. — Notable diminution de la vigueur de la main.*

Une fille, alors âgée de 14 ans, a eu la main prise par un petit engrenage de machine à peigner.

L'index broyé est désarticulé au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. La phalange unguéale du médius a été presque totalement arrachée par les dents de l'engrenage ; la conservation de ce doigt n'est troublée par aucune élimination de sequestre osseux.



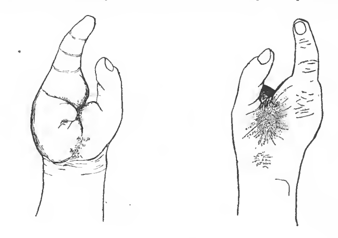


Actuellement il reste, outre un léger raccourcissement du médius, une ankylose partielle de l'articulation phalango-phalanginienne.

Malgré cette mutilation la vigueur est assez bien conservée. La dextérité est revenue, au point de rendre aisé le travail de la couture où celui de l'écriture, et même de lui permettre d'exercer depuis plusieurs années, et de la façon la plus satisfaisante, le métier de « bambrocheuse », considéré par plusieurs comme le plus difficile de la filature.

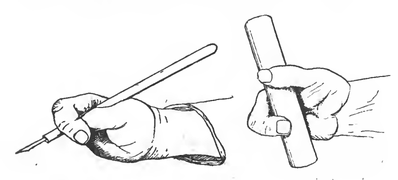
Obs. VI. — *Perte complète de l'index, du médius et de l'annulaire, avec leurs métacarpiens. — Luxation du premier métacarpien en arrière; atrophie secondaire du pouce. — Conservation de l'auriculaire et de la région hypothénar; hypertrophie secondaire de l'une et de l'autre. — Vigueur suffisante pour manier le marteau, porter des fardeaux, etc. — Écriture rapide et facile à lire.*

En 1868, un enfant, jouant près d'une machine, a les trois doigts du milieu de la main broyés avec tous leurs métacarpins et probablement



aussi avec quelque partie des os du carpe. Le pouce et l'auriculaire paraissent intacts. Aucun chirurgien n'intervient.

Cet homme conserve aujourd'hui une certaine dextérité; il écrit vite et très lisiblement sans recourir à aucun artifice.



Comme valet de ferme, il a conduit des chevaux difficiles, battu le blé, manié de lourds instrumonts de travail, porté des fardeaux, absolument comme ses compagnons.

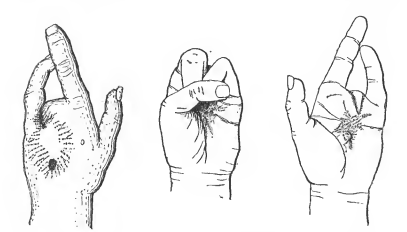
Actuellement cocher de tramway, il conduit toujours deux chevaux, serre rapidement le frein, et peut au besoin faire, à l'aide de ce reste de main, un travail de grande vigueur, ainsi que j'ai pu le constater plusieurs fois.

Et cependant, on ne peut voir la face dorsale et surtout la face palmaire de cette main sans être frappé de la disposition qui existe entre les deux débris : le pouce et l'éminence thénar atrophiés, d'une part, l'auriculaire et l'éminence hypothénar singulièrement hypertrophiés, d'autre part. Ce dernier doigt est même beaucoup plus volumineux et plus vigoureux que le doigt le mieux pourvu de la main gauche du même sujet.

Cette particularité demeurerait inexplicable, si ce n'était une luxation du premier métacarpien en arrière, qui paraît avoir été méconnue.

Obs. VII. — *Adaptation complète à tous les mouvements requis pour le travail professionnel des filatures et aussi pour le travail du ménage.*

En 1880, une ouvrière tombe dans un atelier, cherche à se retenir et porte malheureusement la main entre deux roues d'engrenage. La plaie



est régularisée aussitôt; le médius est désarticulé ; l'annulaire est amputé avec la moitié de son métacarpien.

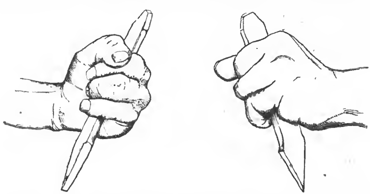
Actuellement, la vigueur et la dextérité permettent tous les mouvements professionnels et tous ceux que comporte le travail du ménage.

III. — MUTILATIONS DU CÔTÉ CUBITAL.

OBS. VIII. — *Conservation d'une grande vigueur. — Dextérité dans le maniement du burin et des autres instruments professionnels.*

Dans un engrenage, l'auriculaire d'un apprenti est complètement broyé. La désarticulation primitive est faite et rapidement guérie.

La vigueur est suffisamment conservée pour permettre pendant plu-

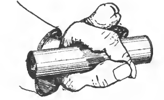


sieurs années d'importantes fatigues professionnelles, dont le détail peut être passé sous silence.

La dextérité dans le maniement du burin et des autres instruments connus dans la métallurgie ont fait distinguer cet homme, qui a été choisi d'abord pour faire les travaux les plus difficiles de son atelier, puis pour en être le contremaître.

OBS. IX. — *Perte complète des deux derniers doigts. — Perte de deux phalanges du médius, avec ankylose de la troisième sur son métacarpien. — Diminution importante des mouvements de flexion de l'index. — Très grande diminution de vigueur. — Aucune dextérité.*

En 1877, un alcoolique âgé de 55 ans est atteint d'un coup d'engrenage. Les plaies sont régularisées aussitôt après l'accident. Les deux



derniers doigts sont désarticulés, et aussi les deux dernières phalanges du médius.

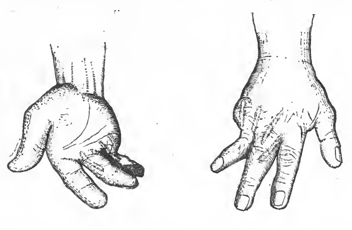
Actuellemement, le reste de ce dernier doigt est ankylosé. L'index a perdu une part importante de ses mouvements de flexion, toute la main est d'ailleurs atrophiée.

Il n'y a enfin aucune dextérité, et ce qui reste de vigueur est tellement minime, que cet homme est souvent incapable de manier la manivelle d'une grue très ordinaire à l'aide de cette seule main.

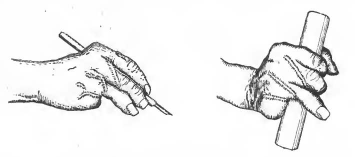
Obs. X. — *Perte de l'auriculaire. — Ankylose interphalangienne de l'annulaire. — Conservation presque intégrale des mouvements du médius. — Vigueur et dextérité.*

Ce dernier fait se rapporte à une plaie faite en 1870 par de petites dents d'engrenage.

La désarticulation de l'auriculaire est faite 4 heures après l'accident. Le blessé refuse de laisser faire la même opération pour l'annulaire.



L'une des plaies du médius pénètre dans l'articulation phalango-phalangienne.



Pendant trois mois on retire des esquilles, tantôt de l'annulaire, tantôt du médius.

Actuellement, l'annulaire est ankylosé dans une extension irrégulière.

Les mouvements du médius sont limités quant à la flexion de l'articulation phalango-phalangienne.

La dextérité, bien conservée, a permis à cet homme d'être d'abord ajusteur, puis dessinateur très apprécié.

La vigueur serait à peu près intacte, si ce n'était la fatigue survenant assez rapidement dans le maniement des lourds fardeaux.

Discussion.

M. Marjolin. Pendant que j'étais à l'hôpital des Enfants, j'ai eu souvent l'occasion d'observer des mutilations de la main, et chaque fois j'ai mis en pratique le précepte dont il vient d'être question. Le traitement dont je fais usage en pareil cas est l'irrigation continue.

Lorsque j'ai revu les malades, longtemps après l'accident, j'ai toujours eu à me féliciter du résultat obtenu.

Il est cependant une exception à la règle générale, c'est lorsque la main a été broyée par une machine agissant à la manière des cylindres. Dans ces cas, la désorganisation des tissus étant poussée à un degré extrême, on doit redouter une gangrène foudroyante; aussi le mieux est-il de pratiquer immédiatement l'amputation des parties broyées. Lorsque l'on ne prend pas immédiatement de décision, l'on doit tout au moins observer les malades avec le plus grand soin, et se tenir prêt à agir à la première menace de gangrène.

Je dois appeler également l'attention sur les accidents produits par les scies circulaires.

Ces accidents sont épouvantables; aussi l'une des préoccupations les plus constantes de la Société protectrice des jeunes apprentis est-elle de chercher les moyens de diminuer les dangers qui résultent de l'usage de ces machines.

Ces scies circulaires agissent de deux manières : tantôt elles agissent à la manière des instruments coupants, et les plaies qu'elles déterminent peuvent être réunies, lorsqu'elles ne sont pas trop profondes; d'autres fois, par exemple, lorsqu'elles rencontrent dans une pièce de bois un nœud contre lequelle elles mordent difficilement, cette pièce est projetée avec une violence extrême contre la poitrine de l'ouvrier et détermine des lésions épouvantables.

M. Polaillon. Il ne faudrait pas cependant pousser la conservation à outrance. En ce qui concerne les doigts en particulier, les trois doigts du milieu principalement, il est souvent préférable de les retrancher. Le malade, il est vrai, peut guérir en conservant le doigt blessé, mais ce doigt est raide, immobile et tellement gênant,

qu'il vient souvent, plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital, solliciter une amputation que l'on s'estimait heureux d'avoir évitée.

Je dois dire cependant que cette nécessité d'amputer les doigts par trop mutilés n'est pas vraie pour la première phalange, que l'on doit conserver quand même, parce que, même ankylosée, elle rend de grands services.

M. Verneuil. J'adopte le précepte de ne jamais intervenir primitivement dans le cas de mutilations graves de la main, et si les amputations, dont parle M. Polaillon, sont jugées nécessaires, je préfère les pratiquer cinq ou six semaines après l'accident.

En ce qui concerne le traitement immédiat de ces blessures, je me trouve très bien de l'emploi du bain antiseptiqne.

M. Gillette. Je rappellerai ici que dans tous ces cas de mutilations de la main le principe d'abstention chirurgicale date de longtemps. Il a été surtout préconisé par notre maître Denonvilliers. Avant lui, presque tous les chirurgiens, Boyer, Roux, Jobert de Lamballe, etc., non seulement régularisaient ces plaies, mais encore pratiquaient des amputations primitives ; un de nos collègues d'internat, le Dr Bouglé, gendre de Debrou (d'Orléans) et élève de Denonvilliers, dans sa thèse inaugurale passée il y a une vingtaine d'années, a cherché à vulgariser cet excellent principe de conservation de doigts ou de portions de doigts.

M. Richelot. M. Marjolin nous dit qu'il est des cas où l'on doit intervenir pour régulariser des plaies dont l'attrition est excessive. Je ne veux pas combattre un pareil précepte, mais je lui ferai remarquer que, dans la pratique, son application est bien difficile.

Comment savoir, en effet, jusqu'où doit aller cette régularisation ?

C'est justement à cause de cette inexactitude que le mieux est encore de laisser aller les choses sans rien faire, quitte à amputer ultérieurement si l'on juge que c'est nécessaire.

Je suis de l'avis de M. Gillette, quand il nous dit que cette pratique est déjà anciennement connue.

Présentation de malade.

M. le Dr Bousquet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, présente un jeune homme de 21 ans atteint de *tumeur variqueuse des ganglions et vaisseaux lymphatiques de l'aine droite*, et communique une note relative à ce cas intéressant.

J'ai l'honneur, dit M. Bousquet, de présenter à la Société de chirurgie un jeune homme qui est atteint d'une affection assez rare dans nos climats, et partant intéressante à étudier. Il s'agit d'une *tumeur des ganglions et vaisseaux lymphatiques*, maladie désignée encore sous les noms de : tumeurs érectiles lymphatiques d'origine tropicale, lymphangiectasie ganglionnaire des pays chauds, verrues lymphatiques, lymphorragies spontanées, adéno-lymphocèles, lymphatocèles, maladie des glandes (Réunion).

Voici d'abord l'histoire de mon malade. P... C... est né à Paris en 1863, ses parents sont originaires de Lille. A l'âge de 10 ans, c'est-à-dire en 1873, il partit pour Cuba, où il était groom dans une famille espagnole. Ses occupations étaient peu pénibles. Il séjourna six ans dans cette île et y eut le vomito negro. La santé cependant n'avait subi aucune altération, et il était, dit-il, en fort bon état lorsqu'il quitta les Antilles en 1878. Pendant la traversée, pour entrer en France, il s'aperçut qu'il avait à la partie supérieure de la cuisse droite de petites tumeurs du volume d'une noisette. Il signale exactement le point ou a apparu la première. Ce point est situé au sommet du triangle de Scarpa. Peu à peu ces tumeurs se sont développées, et en deux ans elles sont arrivées à constituer la masse que j'ai l'honneur de vous présenter. Cette tumeur occupe, à la partie supérieure de la cuisse, l'aire du triangle de Scarpa; elle est de forme triangulaire, son sommet et sa base correspondant au sommet et à la base du triangle, longueur 0,22 cent., largeur maxima à la base 0,13 cent.

L'aspect de cette production est absolument comparable à celui que présenterait un paquet d'anses intestinales herniées sous la peau. Ce sont les mêmes circonvolutions, les mêmes reliefs. La peau est parfaitement mobile sur cette masse, elle peut par pincement en être isolée sur tous les points. Les téguments ont conservé leur aspect et leur coloration normale. Semblablement à ce qui est signalé dans les autres faits de ce genre, cette tumeur est mobile sur les parties profondes. La palpation permet de constater une sensation spéciale d'empatement, de renitence, qu'avec M. Trélat je ne saurais mieux comparer qu'à la fausse fluctuation présentée par certains lipomes. La compression prolongée pendant quelque temps amène une diminution de volume de la masse, et le malade nous raconte que le matin, lorsqu'il se lève, son membre est presque semblable à celui du côté opposé, mais que la station verticale et la marche font rapidement gonfler les circonvolutions de la tumeur. La mensuration comparative des deux membres au-dessous de ces varices n'a révélé aucune différence notable.

Du reste, aucun trouble fonctionnel : le jeune C..., qui est

cocher dans une maison bourgeoise, a pu continuer sa profession; il monte à cheval comme par le passé, cependant, dit-il, je sens bien que la jambe droite est un peu moins forte que la gauche, et je peux moins serrer. La chylurie ayant été signalée comme complication de cette affection, nous avons prié notre collègue Vaillard d'examiner l'urine à ce point de vue, et les résultats de ses recherches ont été négatifs. La nature de cette tumeur me semble parfaitement évidente; il s'agit ici d'une dilatation des lymphatiques de la région, et le cas que je vous présente est absolument semblable à ceux qui ont été observés jadis par Nélaton, Trélat, Verneuil.

Les tumeurs de ce genre ont été bien étudiées par nos confrères qui exercent dans les pays chauds, et en particulier par le Dr Mazaé Azéma (de la Réunion).

Les dilatations variqueuses lymphatiques siègent principalement au pli de l'aine; cependant, Bancroft et Patrik-Manson ont vu des tumeurs semblables occuper le creux axillaire.

Les affections de ce genre sont presque spéciales aux pays chauds, d'après Nielly; on les observe de préférence en Égypte, au Brésil, en Australie, dans l'Inde, à l'île Maurice, à la Réunion; toutefois, on en aurait constaté quelque cas en France et en Allemagne. Sur 36 cas relevés par Mazaé Azéma, les premiers signes du mal avaient apparu entre 13 et 20 ans.

Le liquide de ces tumeurs examiné par Ch. Robbin, Sappey, Gubler, contient des leucocytes, des granulations graisseuses, des cristaux d'hématoïdine.

La plupart de nos confrères des colonies, en particulier le Dr Mazaé Azéma, admettent la nature parasitaire de cette affection. Le parasite serait la filaire de Wucherer, découverte dans le liquide des tumeurs par Lewis, en 1874. Nielly rejette absolument cette opinion et ne croit pas que l'on puisse jamais établir une relation de cause à effet entre la présence des filaires incriminées et de pareilles dilatations.

D'après Mazaé Azéma, avec les progrès de l'âge ces tumeurs disparaissent en subissant une sorte d'atrophie regressive. On conseille au malade de changer de climat, d'aller habiter la zone tempérée et de faire usage des toniques et des reconstituants; la tumeur de notre malade ne paraît pas avoir subi de modifications bien notables, cependant il est en France depuis cinq ans. C'est au contraire depuis sa rentrée qu'elle s'est développée. M. Trélat avait fait porter à son malade un caleçon spécial, mais il avait signalé la difficulté qu'il y avait à comprimer la tumeur, d'après Nielly; il ne faut opérer acucune compression sur ces varices.

Quant à l'extirpation, il ne faut pas y songer, l'opération expose le malade à une mort rapide par septicémie.

La séance est levée à 5 heures 45 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 7 mai 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. Leriche, médecin en chef de l'asile départemental de Saône-et-Loire, adresse un travail de l'*ovariotomie à Mâcon* (Commission de MM. Terrier, Polaillon et Bouilly, rapporteur);

3° M. Horteloup offre, aux noms de MM. Desprès et Gillette et au sien, le 1er fascicule du tome sixième de la 2e édition de la *Pathologie chirurgicale de Nélaton;*

4° M. Hache, ancien interne des hôpitaux, adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse intitulée : *Étude clinique sur les cystites*.

Lecture.

Diabète et traumatisme.

M. Verneuil. — Lors de la discussion de l'année dernière sur l'aggravation des propathies par le traumatisme, il fut incidemment question des opérations chez les diabétiques, et je rappelai à ce propos la gravité du pronostic en pareil cas. D'abord M. Trélat chercha à expliquer autrement que moi le fait incontestable en lui-même; mais deux autres de nos collègues, MM. Chauvel et Richelot, firent plus : ils communiquèrent deux cas d'opérations

graves couronnées d'un plein succès, chez des sujets dont la santé était pourtant fort compromise, puisque l'un d'eux, glycosurique et paludique, était atteint de double gangrène des membres inférieurs [1], et que l'autre, affecté d'épithélioma de la face, était à la fois glycosurique, arthritique, paludique ancien et alcoolique [2]. Ces deux faits, bien observés et bien commentés, me frappèrent vivement ; réunis à d'autres cas, malheureusement rares, tirés de ma pratique ou de mes lectures, ils me rassuraient un peu sur la destinée des diabétiques blessés, et faisaient entrevoir la possibilité d'atténuer le pronostic opératoire chez les sujets de cet ordre, par un traitement approprié. Ces cas présentaient, en effet, cette particularité intéressante que le diabète avait été reconnu *avant l'opération*, et que, soit dans les pansements, soit dans les soins préparatoires, on avait pris des mesures fort sages qui, sans nul doute, avaient contribué pour une large part à la guérison. Pour ma part, j'avais déjà procédé de la sorte avant d'opérer des sujets que je savais glycosuriques. Mais ces cas, d'ailleurs peu nombreux, m'avaient donné des résultats divers, de sorte que j'avais à cœur de renouveler mes expériences.

A ce propos, qu'il me soit permis de répéter, pour la vingtième fois, qu'en mettant si obstinément en lumière la gravité spéciale du traumatisme chez les diathésiques, je n'en conclus nullement — comme l'insinuent ceux qui sans doute ne se sont jamais donné la peine de m'écouter ni de me lire — qu'il faut renoncer aux opérations dans des conditions pareilles, mais j'ai seulement pour but de prévenir les chirurgiens des éventualités qui les menacent, de modérer un peu leur ardeur, parfois trop grande, et de les inviter surtout à rechercher avec persévérance les moyens capables de rendre les opérations inutiles ou de contrebalancer la fâcheuse influence des états constitutionnels sur la marche des actes opératoires.

Je renouvellerai cette déclaration tant qu'on me prêtera des opinions qui ne sont pas les miennes.

Pour en revenir au diabète, un cas s'étant présenté récemment à moi, je résolus de l'étudier avec attention et de vous le communiquer.

Observation. — *Épithélioma buccal : Glycosurie reconnue à l'avance et rapidement dissipée par le traitement. — Opération ; point d'acci-*

[1] Cas de M. le Dr Demmler, médecin de l'hôpital de Guelma. *Bullet. de la Soc. de chirurgie*, 1883, p. 504.

[2] *Bullet. de la Soc. de chirurgie*, 1883, p. 374.

dents traumatiques locaux ni généraux.— Mort 75 heures après, par pneumonie et coma diabétique.

M. N..., 62 ans, ancien manufacturier du département du Nord, vient me consulter en février 1884 pour un épithélioma du voile du palais avec adénopathie sous-maxillaire. C'est un homme actif, énergique, vigoureux, de bonne mine et de robuste constitution. Muni d'embonpoint, sans être obèse, il affirme n'avoir jamais été malade et présente en effet toutes les apparences de la santé. Il boit, mange et digère bien; le sommeil et les forces sont conservés. Je n'ai point interrogé les fonctions génitales. La peau est saine et exempte de toute cicatrice. Les urines, émises sans difficulté, en quantité ordinaire et proportionnée aux boissons, sont généralement claires et de temps à autre seulement se troublent par le refroidissement. Bref, l'interrogatoire le plus attentif ne fait soupçonner aucune trace organique sérieuse.

On ignore à quelle époque a débuté l'épithélioma buccal. M. N..., très grand fumeur autrefois, souffrait habituellement des dents. En septembre 1883, il se fit extraire plusieurs grosses molaires du côté gauche, qui causaient de la douleur, irritaient la langue et provoquaient dans le fond de la bouche des éternuements qu'on crut de nature névralgique; l'extraction des dents n'ayant point amené de soulagement et le mal s'aggravant au contraire de manière à rendre la mastication et même la parole de plus en plus pénible, M. N... consulta un de ses neveux, docteur en médecine, qui reconnut aussitôt la nature de l'affection et m'amena son oncle.

Je constatai ce qui suit : une plaque épithéliale à bords saillants, arrondis, bien limités, occupe le tiers gauche de la face buccale du palais, gagne en dehors la commissure intermaxillaire et la partie voisine de la joue, au niveau du sillon géno-alvéolaire, se prolonge en bas sur le pilier antérieur jusqu'à l'insertion de ce dernier au bord latéral de la langue et envahit enfin ce bord lui-même dans l'étendue d'un centimètre et demi environ.

L'induration néoplasique mesure à peine quelques millimètres d'épaisseur. Le fond, très superficiellement ulcéré, saignant à peine au contact, est tapissé par une matière grisâtre et adhérente. Indépendamment des molaires arrachées l'an dernier, plusieurs dents manquent ou sont réduites à l'état de chicots. Celles qui restent à peu près entières sont cariées, déchaussées, noires comme de l'encre; cependant les gencives ne sont pas fongueuses, il n'y a pas de périostite alvéolo-dentaire et l'haleine n'a pas d'odeur acidulée. Bien que le patient ait depuis quelque temps restreint beaucoup l'usage du tabac, toute la muqueuse bucco-pharyngienne présente cette coloration rouge, sombre et uniforme, qu'on remarque souvent chez les fumeurs endurcis.

Dans la région sous-maxillaire correspondante existe, on ne sait depuis quand, un groupe de ganglions mobiles, indolents, durs, facilement appréciables sous la couche adipeuse sous-cutanée et qui ne laissent aucun doute sur la nature épithéliale de l'ulcération staphylo-buccale.

Vaincu par les douleurs, qui avaient beaucoup augmenté dans les

derniers temps, M. N... réclamait avec instance une opération qu'on avait déclarée indispensable.

N'entrevoyant d'abord aucune contre-indication, je conseillai moi-même cette opération. Je ne méconnaissais point certainement les chances de récidive plus ou moins prochaine, mais j'espérais obtenir une trêve et apaiser au moins les souffrances.

Je prescrivis donc les préparations d'usage et fixai la date au 25 février Auparavant, ayant déjà remarqué la coïncidence du diabète et des épithéliomas buccaux, prenant en considération l'état des dents, et, enfin pour me conformer à une habitude que le fait présent n'est pas de nature à me faire abandonner, je réclamai l'analyse des urines, qu'on me fit parvenir.

Le 24 au soir, veille de l'opération, le malade avait rendu dans les dernières 24 heures un peu plus de 1,400 grammes d'urine, renfermant du sucre à la dose de 76 grammes par litre, soit plus de 100 grammes par jour.

Tout fut ajourné, naturellement. J'appris au malade que ses urines renfermant du sucre, il fallait suivre pendant quelque temps un régime. Il y consentit avec regret, me priant d'abréger le plus possible le supplice que lui causaient ses douleurs. Je prescrivis sans retard l'eau de Vichy, source de la Grande-Grille, le régime alimentaire anti-diabétique et le bromure de potassium à la dose de 4 grammes par jour; enfin, pour calmer les douleurs, des injections de morphine sur les parties latérales du cou.

Renouvelant mes questions et précisant les demandes, j'appris seulement alors que le malade, qui travaillait beaucoup, se croyait sobre en buvant chaque jour de 4 à 5 litres de bière et, en moyenne, 2 litres de vin; il n'urinait pas souvent et n'avait point remarqué l'abondance du liquide rendu.

L'effet du traitement fut prompt et décisif; du 25 février au 9 mars le sucre diminua sans interruption, de sorte que le 10 on n'en trouvait plus trace. Le malade buvait moins et cependant urinait davantage sous l'influence de l'eau de Vichy.

M. N... fit une absence de 3 jours. A son retour, une dernière analyse fut faite et resta négative comme la précédente. Il est nécessaire d'ajouter qu'à 3 reprises au début, à la fin de février et le 9 mars, on ne se contenta pas de chercher et de doser le sucre, on en fit de même pour l'urée, l'acide urique et les phosphates, qui furent trouvés en quantité normale. Il n'y avait donc point une de ces substitutions d'un diabète à l'autre, sur lesquelles M. le professeur Tessier (de Lyon) a si justement appelé l'attention.

Le 15 mars, je procédai à l'opération par un procédé semblable à celui que M. Maunoury a employé en 1878, et qui a le double avantage de permettre l'ablation des ganglions sous-maxillaires et de donner largement accès vers les parties profondes de la cavité buccale[1]. Je me

[1] Un de mes élèves prépare un travail sur le procédé que j'ai cinq fois déjà mis en usage dans des cas variés d'épithélioma de la joue, de la langue, du rebord alvéolaire et du voile du palais.

servis du bistouri pour inciser la lèvre et la joue, décoller cette dernière et enlever les ganglions sous-maxillaires. L'ablation de la plaque profonde épithéliale fut faite au thermo-cautère, non sans quelque difficulté, le malade ayant été très rebelle à la chloroformation et ayant lutté contre nous pendant la durée presque entière de l'opération.

Néanmoins, comme je procédai avec lenteur et avec les précautions que je recommande, la perte de sang fut à peu près nulle et rien n'en pénétra dans les voies digestives ni dans les voies aériennes. J'insiste particulièrement sur ce dernier point; je dirai tout à l'heure pourquoi.

L'extirpation terminée et quelques artérioles de la muqueuse buccale étant liées, je rattachai la lèvre à la joue par quelques points de suture métallique et laissai se rapprocher d'eux-mêmes les bords de l'incision parallèles au bord de la mâchoire. Un gros drain passant par la commissure et sortant par la plaie du cou assura même l'issue, facile au dehors, des fluides buccaux. Pansement de la plaie extérieure avec la mousseline imbibée d'eau phéniquée à 2 pour cent; antisepsie de la bouche assurée par des injections et des pulvérisations fréquentes avec la solution de chloral bouillie et eau rougie à discrétion, continuation du bromure de potassium; telles furent les prescriptions immédiates.

Voici ce qui se passa dans la suite [1] :

Le réveil effectué sans malaise, le malade regagna son lit, et put avaler sans trop de difficulté du grog pour étancher sa soif. Toutefois, la dyscrasie glycosurique ne tarda pas à se révéler par un accident que j'ai déjà signalé à plusieurs reprises, je veux parler de l'*hémorragie secondaire précoce*. La perte de sang pendant l'opération avait été presque nulle, et à peine avait-il été nécessaire de lier quelques artérioles de la muqueuse buccale. En tout cas, comme on avait pu s'en assurer avant de placer ce pansement extérieur, l'hémostase primitive avait été bien complète. Néanmoins, deux heures après survint un suintement sanguin provenant de la cavité buccale, qui dura plus d'une heure et qu'on eut quelque peine à arrêter avec les injections froides et la glace introduite dans le vestibule buccal. Il fut bien perdu de la sorte 250 grammes de sang noir mélangé d'un peu de salive; sauf quelques douleurs dans la plaie et de la dysphagie, le malade passa assez bien le reste de la journée, prenant seulement du grog et de l'eau glacée. Température du soir, 37°,8; pouls, 84.

16 *mars*. — Nuit passable, quelques heures de sommeil; douleurs modérées. La bouche est débarrassée des caillots, l'hémorragie n'a pas reparu, la joue et les bords de la plaie n'offrent pas trace d'inflammation. L'opéré, dont le moral est excellent, ne se plaint que d'une soif vive qu'il ne peut satisfaire à cause de la gêne de la déglutition. Il ingère pourtant, avec son biberon, du bouillon, du lait, de l'eau rougie et du grog. Nous lui proposons d'user de la sonde œsophagienne en

Il se compose de trois temps distincts : les incisions préparatoires, l'extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires et l'ablation de l'épithélioma profond.

[1] Les détails suivants m'ont été fournis par M. Jules Minart, externe des hôpitaux, qui a soigné le malade avec autant de sollicitude que d'intelligence.

caoutchouc rouge introduite par la narine, mais il ne veut pas même en tenter l'essai. On continue le bromure de potassium à la dose de 3 grammes.

Dans l'après-midi apparaissent quelques symptômes thoraciques. Toux légère, un peu d'oppression, respiration accélérée. La percussion donne partout de la submatité et l'auscultation accuse une diminution générale du murmure vésiculaire. Je crois entendre vers la pointe de l'omoplate, à droite, quelques râles muqueux à fines bulles ; le soir, face vultueuse, fatigue, malaise, cependant température à 37°,9 et pouls à 84°.

17 *mars*. Nuit médiocre, sommeil rare et interrompu. Tempér. 38°,6, pouls 100°. La congestion pulmonaire se prononce, la dyspnée s'accroît. Bien que l'auscultation soit difficile, l'expectoration nulle et la toux rare, l'existence d'une pneumonie à droite est presque certaine, en raison de la matité et d'un léger bruit de souffle vers le tiers inférieur. Déglutition de plus en plus difficile. Même refus de la sonde œsophagienne. Application de sinapismes, lavement purgatif.

On continue les lavages de la cavité buccale avec la solution de choral à 2 pour cent. La difficulté d'écarter les mâchoires ne permet pas d'inspecter la plaie profonde, mais l'haleine n'a pas mauvaise odeur.

A 9 heures du soir, 39°,5, pouls à 120; face congestionnée, respiration fréquente. A 2 heures du matin, agitation extrême, délire, chants bruyants; température, 40°,5; puis survient le coma presque sans transition.

A partir de ce moment, l'agonie commence, le malade ne peut plus rien ingérer et l'introduction des liquides avec la cuiller détermine des accès de suffocation ; l'urine est rendue involontairement, le pouls faiblit, la température s'abaisse vers deux heures après midi. A 3 heures et demie la mort arrive.

L'autopsie fut refusée. Du côté de la plaie labio-maxillaire, il n'y eut à aucun moment trace de phlegmon, de suppuration, ni de gangrène. Les sutures métalliques n'avaient aucune tendance à diviser les parties étreintes.

Cependant, je doute que la réunion immédiate ait réussi, car en plusieurs points de la ligne de contact des lèvres de la plaie on voyait sourdre une liqueur jaunâtre d'apparence huileuse. La joue, du reste, et la région sus-hyoïdienne étaient à peine gonflées ; en un mot, le foyer opératoire était aussi sain que possible; évidemment les accidents n'en partaient point.

Je réunis en un petit tableau les principales explorations thermométriques :

	Matin.	6 heures.	Soir.
15	»	37°,8	37°,8
16	37°,6	38°,2	37°,9
17	38°,6	38°,8	39°,5
18	39°,5		

Il y avait grand intérêt à rechercher ici l'action du traumatisme sur la glycosurie, aussi les urines furent-elles soigneusement recueillies en

totalité et analysées dans les premières, puis dans les secondes vingt-quatre heures. Le troisième jour, le patient commença à uriner involontairement sur son lit, ce qui rendit la recherche impossible.

Or, depuis le milieu du 15 jusqu'au milieu du 16, il fut rendu 1,400 centimètres cubes d'urine, claire, sans dépôt, renfermant à peine quelques traces de glycose. Dans le hyctémère 16-17, où à la vérité l'ingestion des boissons fut restreinte, la quantité tomba à 1,100 centimètres cubes d'urine trouble, très chargée d'urates et contenant un peu plus de sucre. Mais en somme la proportion de ce principe fut en quelque sorte négligeable ; on n'y aurait point fait grande attention, si on n'avait pas su le patient diabétique, et on aurait sans doute attribué son apparition soit au chloroforme, soit à toute autre action perturbatrice.

Remarques. — J'ai rapporté cette observation assez longuement, premièrement parce qu'il est indispensable de fournir à l'étude si importante des rapports existant entre le traumatisme et les maladies constitutionnelles des faits suffisamment complets, et qu'en second lieu je compte utiliser le présent cas pour confirmer des opinions que j'ai déjà émises devant vous, et qui ne perdront rien à recevoir un complément de démonstration.

J'insisterai d'abord une fois de plus sur la nécessité de procéder à l'examen des urines avant toute opération chirurgicale. En effet, ni les réponses négatives du malade, ni l'absence des signes rationnels, ni les apparences de la meilleure constitution ne peuvent rien contre l'existence du diabète. M. N..., avec sa bonne mine en dépit de ses 62 ans, affirmait l'excellence de sa santé et pendant la chloroformisation démontrait péremptoirement la vigueur de ses muscles. On aurait donc pu se croire en pareil cas dispensé de l'analyse de l'urine ; pourtant à son arrivée à Paris le patient rendait quotidiennement plus de cent grammes de glycose.

Cette constatation préalable du diabète a permis d'ajourner l'opération, de faire disparaître le sucre à l'aide d'un traitement approprié, de mettre en un mot le sujet dans des conditions plus favorables au succès. Ce succès, j'en conviens, n'a pas couronné les efforts, et les sceptiques pourraient demander à quoi il a servi de diagnostiquer la propathie et d'en corriger le principal symptôme. Je répondrai qu'en thérapeutique l'échec d'un moyen ne prouve pas sa non-valeur, et qu'en cas d'opération chirurgicale l'utilité d'un traitement anti-diathésique préparatoire est trop bien établie pour être mise en question. D'ailleurs, si la connaissance de la glycosurie n'a pas empêché l'issue fatale, elle a du moins servi à en déterminer l'origine précise. Si cette information avait manqué, on aurait émis sur les causes de la mort mainte hypothèse, y com-

Paris. Soc. d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.). 41.6.84. *Le gérant* : G. Masson.

pris peut-être celle du fameux choc traumatique, ou de cette pneumonie infectieuse à laquelle on fait jouer un rôle si prédominant et si peu démontré dans la mortalité qui suit certaines opérations pratiquées sur la cavité de la face. L'incertitude eût été d'autant plus excusable qu'ici, contrairement à la règle ordinaire, l'opération n'avait pas fait reparaître le sucre dans l'urine, ou l'avait rappelé à si faibles doses qu'on aurait difficilement pu sur ce seul indice affirmer l'existence antérieure du diabète. Je reste convaincu qu'il s'agit souvent de ces diabètes temporairement latents, ou en d'autres termes d'hyperglycémie sans élimination par le rein, dans ces cas où à la suite d'une opération ou d'une blessure on voit apparaître les complications locales ou générales du diabète et où néanmoins l'analyse des urines reste négative.

Dans le cas présent nulle hésitation sur la véritable cause de la mort : M. N... a succombé à un diabète aggravé par un trauma. La néoplasie buccale et l'adénopathie cervicale n'ont que la responsabilité très indirecte d'avoir rendu l'opération nécessaire. La lésion chirurgicale elle-même n'a engendré ni accidents locaux, ni accidents généraux; elle n'a pas même suscité cette fièvre cavitaire, si facile à reconnaître et si commune quand on opère dans la bouche; en effet, c'est du poumon et non du foyer opératoire qu'est partie l'élévation de température observée vers la fin du 2e jour; il y a eu fièvre épitraumatique et non fièvre traumatique proprement dite.

Sans la redoutable dyscrasie préexistante, l'opération, bien que sérieuse en elle-même, aurait évolué tout aussi bien qu'une autre mutilation du même ordre et plus grave encore dont le sujet quittait nos salles bien guéri, le jour même où M. N... était porté en terre.

C'est justice de rapporter aux pansements antiseptiques la bénignité de tels actes opératoires longs et compliqués; mais cet hommage une fois rendu à la glorieuse méthode, il faut avouer qu'elle est impuissante à neutraliser cette autre conséquence du traumatisme que j'ai cherché l'année dernière à vous exposer de mon mieux, c'est-à-dire *l'aggravation des propathies.*

Et comment méconnaître cette aggravation dans le cas présent. M. N... est diabétique, mais il supporte la maladie sans s'en douter et sans en paraître incommodé. Une perturbation subite et violente survient; le trauma chirurgical avec ses conséquenses : Anesthésie, hémorragie, douleur consécutive, privation d'aliment et de boissons, etc. Les poumons se prennent dès le 2e jour, au 3e c'est le tour du cerveau; pneumonie et coma achèvent vite l'œuvre de destruction, sans qu'il soit possible de dire si c'est par la poitrine ou par l'encéphale que l'opéré a suc-

combé, ce qui importe peu du reste, l'essentiel étant de prouver que, conformément à la règle qui veut que dans chaque maladie générale la mort ait ses organes favoris, notre patient a péri comme finissent la plupart des diabétiques abandonnés à leur sort et dont aucun traumatisme n'a compromis l'existence.

Il est d'autant plus nécessaire de répartir équitablement les rôles et de disculper ici le trauma opératoire pour incriminer la propathie que les choses ne se passent pas toujours de la même façon et qu'on peut prendre aisément le change sur les causes réelles de la mort.

Le 6 septembre 1878, notre jeune collègue M. Gabriel Manoury (de Chartres) opérait pour un épithélioma buccal fort semblable à celui dont je viens de rapporter l'histoire, une paysanne de 64 ans dont l'état général était excellent et qui travaillait comme en pleine santé, le procédé opératoire fut tout à fait semblable à celui que j'ai employé moi-même ; pendant trois jours les choses vont à merveille ; le 4e jour, au matin, une plaque noirâtre se montre sur le trajet de l'incision ; en 2 heures la gangrène à fait des progrès énormes, elle a envahi la face, la tête, le cou ; la mort survient dans l'après-midi du 5e jour[1].

Voyez du reste la diversité des cas et la nécessité d'établir des catégories avant de formuler des conclusions, j'ai sous la main trois cas d'épithélioma de la face chez des diabétiques, trois opérations fort analogues comme étendue et comme gravité sont pratiquées, chaque cas donne un résultat différent. Chez le malade de M. Richelot la plaie marche comme chez un sujet sain. Traumatisme et diabète restent sans action l'un sur l'autre. La malade de M. Manoury succombe à une gangrène foudroyante née dans la plaie, influence funeste de la glycosurie sur le trauma. C'est précisément l'inverse qui a lieu chez M. N..., rien d'anormal au point blessé, tout se passe dans des organes lointains, tout à fait en dehors de l'atmosphère traumatique. Pour compléter la série je pourrais prendre dans mes observations inédites celle d'une dame atteinte de diabète latent et d'une tumeur de la mamelle, l'ablation de celle-ci fit naître rapidement et simultanément un état comateux et un phlegmon péri-mammaire de mauvaise nature, avec mort prochaine bien entendu. Ce cas représente l'aggravation réciproque de la propathie par le trauma et le trauma par la propathie, l'*échange de mauvais procédés*, comme je me plais à le répéter d'après mon éminent collègue le professeur Péter.

On saura peut-être un jour quelle est la fréquence relative de ces terminaisons ; mais il faudra recueillir encore bien des observa-

[1] *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 757, 1879.

tions. Jadis la Société de chirurgie mettait à l'ordre du jour d'intéressantes questions telles que les amputations partielles du pied, les opérations applicables aux polypes naso-pharyngiens, etc. De Paris et de la province les documents arrivaient, nous fournissions tous notre contingent, et les solutions se formaient d'elles-même, avec un même zèle apporté à l'étude des questions de pathologie générale chirurgicale, et nous ajoutions de beaux fleurons à nos armoiries scientifiques.

Je ne veux pas quitter ce sujet sans examiner un dernier point actuellement fort discuté. Bon nombre de médecins très distingués, d'ailleurs, séparent nettement le diabète de la glycosurie ; faisant de l'un une maladie grave et de l'autre un trouble physiologique de médiocre importance. Longuement exposée dans les livres, cette opinion m'a été opposée à l'Académie de médecine lorsque j'y portai la question des affections chirurgicales chez les paludo-diabétiques.

A cette époque je n'admettais guère la séparation, personne n'ayant pu me montrer clairement où finit la glycosurie — état bénin — et où commence le diabète — état grave; — mais aujourd'hui, mieux instruit par les faits, je suis bien décidé à repousser absolument, en tant que chirurgien du moins, une division arbitraire qui ne présente à mes yeux aucune utilité pratique.

On sait sur quoi repose la distinction. Seraient seuls diabétiques : les sujets polyuriques et polydipsiques dont l'urine renfermerait non seulement une quantité de sucre dépassant 5 ou 6 0/0, mais encore un excès d'urée sans parler des autres principes immédiats ; les sujets chez lesquels la présence du sucre serait constante quoi qu'on fasse et qui présenterait en outre divers troubles dans la santé générale et dans la nutrition, en particulier l'obésité, la maigreur, la débilité musculaire, etc.

En revanche resteraient simples glycosuriques : les sujets présentant les apparences de la santé, ne buvant et n'urinant pas trop, ne rendant par jour qu'une quantité modérée de sucre, lequel, d'ailleurs disparaîtrait aisément sous la seule influence du régime, de l'exercice et de divers médicaments.

Or, d'après mon expérience personnelle et que m'ont appris mes lectures, les blessures peuvent être également graves dans les trois conditions suivantes :

Chez les sujets dont les urines renferment une grande quantité de sucre ;

Chez ceux qui en perdent à peine quelques grammes;

Chez ceux enfin qui ont été précédemment diabétiques ou glycosuriques mais dont, au jour du trauma, l'urine ne présente pas

trace de glycose. On voit donc que la quantité de sucre urinaire ne régit pas seule le pronostic.

La quantité normale ou anormale de l'urée que j'ai recherchée dans plusieurs cas d'anthrax, de gangrène, de plaies et d'opérations, ne m'a pas paru exercer d'influence manifeste sur la marche et la terminaison des lésions susdites.

La maigreur ou l'obésité sont dans le même cas ; on dit que les diabétiques gras sont moins exposés que les maigres. Or, j'ai vu succomber à l'anthrax, à la gangrène, au phlegmon diffus, plus de diabétiques gros que de diabétiques émaciés.

Aux yeux des médecins partisans de la séparation, le sujet de la présente observation, M. N... eût été très certainement classé parmi les glycosuriques et non parmi les diabétiques ; il n'en a pas moins été foudroyé en trois jours, par les accidents viscéraux les plus graves du diabète ; les apparences étaient également excellentes chez la malade que M. Manoury a vu succomber cinq jours après l'opération.

1° L'étude de la glycosurie et du diabète doit être faite par les chirurgiens, pour les besoins de la chirurgie ;

2° Au point de vue chirurgical, la présence de la glycose dans l'urine, quelle qu'en soit la proportion, est toujours un fait sérieux ;

3° La disparition du sucre spontanée ou artificiellement obtenue ne met point à l'abri des accidents locaux et généraux[1] ;

4° Il est donc impossible de compter sur les bons effets des traitements préparatoires, tels au moins que nous les instituons aujourd'hui ;

5° Nous ne connaissons ni les causes réelles de la gravité du traumatisme chez les glycosuriques, ni les moyens sûrs d'atténuer cette gravité ;

6° Certains diabétiques supportent les blessures accidentelles ou chirurgicales comme des sujets ordinaires, mais d'autres succombent plus ou moins rapidement, en dépit de la médication préliminaire et de l'antisepsie la mieux conduite ;

7° La mort survient de trois façons différentes :

a) Par septicémie consécutive à ces complications phlegmoneuses ou gangreneuses, nées dans le foyer traumatique lui-même ;

b) Par aggravation du diabète, ou apparition d'une des complications viscérales qui lui sont propres : pneumonie ou coma ;

[1] J'ai déjà insisté au Congrès médical de Séville, en avril 1882, sur le diabète latent considéré au point de vue chirurgical. (*Gazette hebdomadaire*, 26 mai 1882, page 344.)

c) Par développement simultané d'accidents locaux ou de complications viscérales ;

8° Nous ignorons la proportion des cas favorables et des cas funestes, mais ceux-ci paraissent assez fréquents pour inspirer aux chirurgiens beaucoup de réserve dans l'action;

9° Les trauma chez les glycosuriques seront naturellement soumis à une antisepsie rigoureuse, mais c'est à la thérapeutique générale qu'il faudra demander surtout l'atténuation de leur pronostic.

Discussion.

M. Després. En écoutant l'observation de M. Verneuil, j'ai été pris d'un scrupule. Je me suis demandé si c'était bien au diabète qu'il fallait attribuer la mort du malade et s'il ne serait pas plus rationel d'expliquer la pneumonie dont il a été atteint, de la manière suivante :

Ce malade ayant été opéré au thermo-cautère, il a dû respirer, pendant tout le temps de l'opération, des vapeurs et des gaz brûlants. Or, l'on sait justement que les hommes placés dans une semblable atmosphère meurent généralement de pneumonie au bout de peu de jours.

Je ne conteste pas, cependant, que le diabète ne puisse jouer un rôle dans la mort de certains opérés, mais je crois que de semblables diabétiques succombent parce qu'ils sont arrivés à une période de leur maladie dans laquelle, en quelque sorte au bout de leur rouleau, ils sont en grand danger de mort de par le fait même de leur maladie générale.

M. Terrier. Je suis de l'avis de M. Verneuil en ce qui concerne la gravité spéciale des opérations pratiquées sur les diabétiques. Je me suis toujours défié de semblables malades, et toutes les fois que j'ai eu à opérer l'un d'entre eux, je lui ai fait suivre au préalable un traitement approprié, bien que je sache pertinemment que la disparition du sucre contenu dans l'urine ne doive pas être considérée comme la guérison de la maladie.

Tout récemment encore, j'ai observé un cas analogue à celui que vient de nous citer M. Verneuil, et qui n'est pas fait pour modifier mon opinion.

Il s'agit d'une femme diabétique et atteinte de polype utérin. Je fis disparaître le suc, puis j'opérai au thermo-cautère après avoir désinfecté le vagin. Quarante-huit heures après, la malade eut un phlegmon grave de la paroi abdominale qui mit sérieusement sa vie en danger. Je pense que M. Després n'objectera pas à mon

observation que la malade a pu respirer des vapeurs surchauffées.

D'ailleurs, les accidents déterminés par l'introduction de gaz ou de vapeurs surchauffées dans les voies respiratoires ne sont pas ceux que M. Després suppose. Lorsqu'un homme a respiré quelques instants les gaz surchauffés du feu grisou, ou la vapeur qui s'échappe à la suite d'une explosion de chaudière, ce n'est pas de la pneumonie que l'on observe, mais bien de la laryngite, de la trachéite et de la bronchite. J'ajoute que ces diverses inflammations s'accompagnent de la production de pseudo-membranes qui ne sauraient laisser aucun doute sur la nature du mal.

M. Verneuil. Je puis rassurer M. Després au sujet du scrupule qui le rend si perplexe. Mon malade n'est pas mort d'une pneumonie produite par l'inspiration des vapeurs surchauffées que fait naître le thermo-cautère, par l'excellente raison que ces vapeurs n'existent pas. Chacun de nous a pratiqué de nombreuses opérations de la bouche à l'aide du thermo-cautère, et jamais personne, que je sache, n'a observé de pneumonie imputable à cette cause.

Il suffit, d'ailleurs, de se rappeler ce qui se passe en pareille circonstance pour être convaincu de l'inanité d'une pareille objection. Les tissus qui avoisinent immédiatement la section au thermocautère, ceux qui paraissent les plus exposés, par conséquent, à l'action des vapeurs brûlantes, ne présentent jamais aucune trace de brûlure : comment admettre, dès lors, que la trachée, les bronches, le poumon, puissent être si profondément atteints que la mort du malade en soit la conséquence !

Communication orale.

M. Berger fait une communication relative à l'oblitération d'une des narines par la saillie osseuse de la partie antérieure du vomer et à un moyen opératoire qui lui est applicable.

Il présente également la malade à laquelle il a pratiqué cette opération avec succès.

De l'oblitération d'une des narines produite par la saillie de l'extrémité antérieure du vomer et du moyen d'y remédier par une opération, par Paul Berger.

La nature véritable de l'affection sur laquelle j'appelle votre attention semble avoir été méconnue par les auteurs qui ont traité

des maladies des fosses nasales ; nous ne trouvons dans leurs descriptions que peu de choses sur le traitement, rien absolument sur la cause anatomique et sur les caractères symptomatiques d'une imperfection parfois choquante qui entrave d'une manière notable le fonctionnement des cavités nasales. La constatation exacte de cette cause anatomique a seule permis à M. Duplay de préciser le siège de l'obstacle à vaincre, et de montrer le point auquel il fallait s'attaquer pour rétablir par une opération la canalisation des narines. C'est à lui que je dois, à l'occasion de l'un des faits qui ont motivé cette communication, d'avoir été éclairé sur la nature de cette affection et sur le mode d'intervention auquel j'ai dû, en quelques mois, deux très beaux succès.

La variété d'oblitération des narines à laquelle s'appliquent les remarques qui vont suivre ne porte que sur l'une des deux narines : dans les deux cas que j'ai observés et traités, c'était la narine gauche. C'est une occlusion tout à fait antérieure, siégeant à l'entrée même des cavités nasales, et par conséquent fort visible. Dans d'autres cas, l'étroitesse ou l'oblitération des fosses nasales peut être due à une déviation portant sur une portion plus reculée de la cloison ; je ne m'en occuperai pas ici, car ils diffèrent des premiers par trop de caractères pour que le même traitement leur soit applicable sans de très notables modifications.

Lorsqu'on examine un sujet atteint de cette infirmité, on remarque d'abord qu'il respire la bouche entr'ouverte et avec bruit ; le nez présente une forme irrégulière, il est plutôt camard, incurvé plus ou moins fortement et bombé du côté de la narine oblitérée ; il m'a semblé que, dans les deux cas que j'ai vus et traités, la racine du nez était plus large et plus aplatie qu'elle ne l'est d'ordinaire. De cet ensemble résulte un caractère disgracieux qui ne contribue guère à donner un air d'intelligence à la physionomie.

Sans même employer la lumière artificielle, on peut s'assurer que l'une des narines est bouchée ; chez la jeune fille que je vais vous présenter, cette difformité attirait dès l'abord les regards, et l'on voyait l'orifice des narines remplacé du côté gauche par une saillie rougeâtre, visible même à distance. En examinant avec plus d'attention les deux narines, on peut constater que l'orifice du côté sain donne accès dans une cavité spacieuse, plus vaste même qu'elle ne l'est sur un sujet bien conformé, tandis que du côté malade une grosse bosselure partie de la sous-cloison, se prolongeant sur la cloison, arrive au contact de l'aile du nez et ferme complètement l'accès de la cavité nasale correspondante, qui n'apparaît plus dès lors que comme un simple sillon.

Cette bosselure présente des caractères différents à la partie supérieure et à la partie inférieure de la narine. En haut, elle offre,

par transparence au travers de la muqueuse, un aspect blanchâtre : elle est flexible et cède sous le doigt ou sous la pression des instruments : elle est constituée en ce point par le cartilage de la cloison. En bas, au contraire, et vers le plancher des fosses nasales, la saillie est plus marquée, mais surtout elle est très dure, ne se laisse ni déprimer, ni fléchir, et donne au doigt la sensation d'une tuméfaction osseuse. Cette saillie osseuse est surtout visible lorsque l'on relève fortement le lobule du nez; on constate alors qu'elle se termine plus ou moins près du plancher des fosses nasales par un contour arrondi qui la limite vers le bas.

Quand la difformité est très prononcée, l'exploration de la fosse nasale correspondante est impraticable, l'introduction d'un spéculum est impossible ; celle d'un stylet même peut être malaisée. L'examen de la narine opposée fournit, au contraire, d'utiles renseignements. Vers la partie supérieure de la narine du côté sain, celle qui correspond à la saillie cartilagineuse de la narine oblitérée, l'on constate une déviation réelle de la cloison cartilagineuse où l'on peut porter un stylet ; ce dernier, s'enfonçant dans la dépression de la cloison, peut dépasser la ligne médiane de plusieurs millimètres. C'est cette déviation réelle du cartilage de la cloison qui fait paraître la narine plus spacieuse. La partie la plus inférieure et la plus antérieure de la cloison, celle qui correspond à l'engagement de la pointe du vomer dans la rainure de la crête incisive, participe, mais dans de moindres proportions, à cette inflexion, et la saillie qui bouche la partie inférieure de la narine oblitérée ne se traduit que par une dépression peu accusée de la cloison osseuse du côté de la narine qui est libre. L'oblitération de la narine est donc produite en haut par une simple inflexion du cartilage de la cloison qui s'incline vers le côté fermé, tandis qu'en bas elle est due à une tumeur osseuse véritable, formée par l'extrémité antérieure du vomer déviée du même côté que la cloison cartilagineuse, mais, de plus, augmentée de volume, ainsi que j'ai pu m'en assurer en la saisissant entre les mors d'un petit compas d'épaisseur fabriqué pour la circonstance.

Quel est l'état des fosses nasales en arrière de cette déformation ? Il est difficile ou même impossible d'en juger d'une manière complète avant l'opération : celle-ci pratiquée, j'ai trouvé dans un cas une inflexion très marquée de la partie postérieure de la cloison, de telle sorte que celle-ci présentait d'abord une déviation prononcée vers la gauche, se déviait ensuite légèrement à droite pour faire en arrière une deuxième saillie vers la gauche. Cette deuxième saillie, qui donnait à la cloison une courbure en forme d'S, ne paraissait pas gêner beaucoup le passage de l'air, située, comme elle l'était, dans une région où les fosses nasales sont

beaucoup plus spacieuses. Dans les deux cas que j'ai observés et traités, il y avait en outre un certain degré de coryza chronique avec épaississement de la muqueuse, surtout du côté oblitéré.

J'ai dit que cette malformation des narines s'accompagne d'une conformation particulière du nez, qui est camard, incurvé latéralement, et dont la racine paraîtrait plus large et plus aplatie que de coutume ; il faut ajouter, chez les deux malades que j'ai observés, une disposition particulière, déjà signalée par M. Duplay dans son livre, et qu'il n'est pas sans intérêt de rapprocher de la déviation de la cloison : c'est une exagération de la concavité de la voûte palatine, qui est déformée en ogive : de cette disposition même résulte une étroitesse de la cavité buccale, un resserrement de l'arcade alvéolaire supérieure qui décrit une courbe plus fermée qu'elle ne l'est par un squelette bien conformé : une conséquence de cette étroitesse de l'arc alvéolaire est l'implantation défectueuse des dents, qui, manquant de place, chevauchent les unes sur les autres, ou qui subissent une rotation sur leur axe, de telle sorte que la denture est fort irrégulière. Les sujets atteints de cette oblitération d'une des narines paraissent affectés d'une déformation qui n'est pas limitée à la cloison seulement, mais qui porte sur l'ensemble des os de la face, particulièrement sur les os maxillaires supérieurs et sur les cavités que ces os circonscrivent. — Il semble que d'un développement insuffisant de ces os résulte une étroitesse anomale de leur rebord alvéolaire et une disposition ogivale des apophyses palatines. La voûte palatine osseuse plus bombée rétrécit d'autant les dimentions verticales des fosses nasales et force la cloison osseuse à ployer ; l'inflexion du vomer entraîne une déviation correspondante que la cloison cartilagineuse. D'ailleurs, l'imperfection du développement ne se bornerait pas toujours à produire une insuffisance dans le diamètre vertical des fosses nasales ; il s'y joindrait, dans certains cas, un défaut d'ampleur dans les dimensions transversales. Le premier des malades que j'eus à traiter présentait une étroitesse manifeste de ces cavités. Telle est, à mon avis, la façon dont on peut se représenter le mode de la production de cette malformation : la difformité qu'elle détermine frappe l'œil le moins exercé et est, par elle-même, un sujet de préoccupation pour les malades ; mais cet inconvénient n'est que peu de chose auprès des troubles fonctionnels qui déterminent ceux qui en sont atteints à demander à la chirurgie une amélioration, même au prix d'une opération.

Ces troubles fonctionnels dépendent de l'insuffisance de la respiration nasale. Lorsque le malade ferme la bouche, si l'on vient à boucher la narine du côté sain, l'on constate que les efforts d'inspiration ne peuvent triompher de l'obstacle que la saillie de la

cloison oppose à l'accès de l'air du côté où existe la déviation, et que c'est tout au plus si dans l'expiration quelque peu d'air peut s'échapper avec bruit par la fente étroite qui représente de ce côté l'orifice des voix aériennes.

Le sujet respire habituellement la bouche ouverte ; cela n'empêche pas l'inspiration et l'expiration d'être accompagnées d'un bruit de sifflement désagréable qui peut être entendu à distance : ce bruit s'accroît lorsque l'activité de la respiration se trouve augmentée, soit par les efforts mécaniques, soit par un travail intellectuel exigeant une application soutenue, comme l'acte d'apprendre une leçon, de dessiner, d'écrire. Cet inconvénient, léger en apparence, est, suivant la condition sociale du sujet atteint de cette difformité, l'occasion de contrariétés et d'incidents pénibles. Le jeune garçon que j'ai opéré, sur le conseil de M. Duplay, avait reçu de ses camarades des sobriquets d'autant plus cruels qu'ils s'appliquaient à une infirmité ; la jeune fille que je vais vous présenter n'osait se proposer comme domestique ; il est vrai que chez elle la gêne respiratoire s'élevait jusqu'à produire une véritable dyspnée, quand elle devait, par exemple, monter les escaliers en portant un seau d'eau. La voix est nasonnée ; le jeune garçon en question prononçait d'une manière très défectueuse les muettes, et surtout les gutturales. Quand il lisait à haute voix, la lecture était interrompue à chaque instant par la nécessité de reprendre l'air, ce qui ne pouvait se faire sans que l'on entendit un sifflement nasal intense.

Les deux malades que j'ai traités étaient atteints d'un peu de coryza chronique avec formation de croûtes dans les fosses nasales. De temps à autre ce coryza passait à l'état aigu ; alors la gêne de la respiration atteignait le comble et pendant des journées et des nuits entières elle ne pouvait s'effectuer que par la bouche. Enfin la sensibilité olfactive est fort diminuée.

Tels sont les phénomènes fonctionnels que j'ai observés ; l'on conçoit sans peine qu'ils puissent devenir le point de départ de troubles plus sérieux encore. Le coryza chronique, qu'il est impossible de déloger des cavités nasales rétrécies, est une menace permanente pour l'ouïe ; M. Duplay, dans son *Traité de pathologie*, fait observer en effet que l'état inflammatoire de la muqueuse pharyngo-nasale peut se communiquer à la trompe d'Eustache et aux cavités tympaniques ; de plus, la respiration nasale est indispensable au libre renouvellement de l'air dans l'oreille moyenne, et en dehors même de toute phlegmasie de la muqueuse, la suppression de cet acte entraîne toujours à sa suite des troubles du côté de l'organe auditif. J'ajouterai, dit M. Duplay, que lorsque la déviation n'existe que d'un côté, l'autre fosse nasale étant entièrement libre,

il n'est pas rare d'observer des altérations de l'ouïe du côté où la respiration nasale s'exerce d'une manière défectueuse.

La même remarque s'applique aux complications que l'oblitération d'une des narines peut amener du côté de l'appareil lacrymal correspondant. L'appel de l'air dans les fosses nasales est indispensable à la progression des larmes ; sa suppression d'un côté est donc une cause de gêne ou de retard dans leur évacuation ; de plus, l'existence d'un coryza chronique est un dangereux voisinage pour le canal et le sac lacrymal. Si l'on se rappelle d'ailleurs que dans les deux cas que nous avons observés la déviation de la cloison s'accompagnait d'un élargissement notable de la racine du nez, disposition déjà peu favorable au bon fonctionnement des voies lacrymales, et que dans l'un et dans l'autre il existait du larmoiement, principalement du côté malade, quand les sujets s'exposaient à un air un peu vif, on n'envisagera pas la possibilité d'une complication inflammatoire du côté des voies lacrymales comme une menace hypothétique.

Enfin, chez les jeunes sujets, toute gêne notable et permanente à l'accès de l'air dans la poitrine peut devenir un obstacle au développement régulier du thorax. On est d'accord sur l'influence fâcheuse qu'exerce à ce point de vue l'hypertrophie des amygdales chez les enfants. L'oblitération d'une des narines ne peut-elle avoir les mêmes conséquences?

Si j'ai tant insisté sur ces troubles fonctionnels, c'est pour montrer que la difformité des narines, fâcheuse par elle-même et par l'aspect qu'elle donne à la physionomie, entraîne toute une série d'inconvénients douloureusement perçus par les sujets qui en sont atteints, pouvant porter atteinte à leurs aptitudes professionnelles ou à leurs conditions d'existence sociale, et même déterminer des troubles pathologiques véritables du côté des appareils que leur situation anatomique fait plus ou moins dépendre des fosses nasales. Je ne m'étendrai pas davantage sur le pronostic : toute infirmité capable de retenir sur l'état physique et moral de ceux qui en sont atteints mérite d'être prise en sérieuse considération, et l'on ne saurait considérer comme un acte de complaisance une opération ayant pour but d'en débarrasser les malades.

Il me semble inutile également de rappeler qu'au point de vue du diagnostic un examen attentif mais très facile à faire des deux narines rendra toute confusion avec une tumeur des fosses nasales (ostéome ou polype naso-pharyngien) impossible. La déviation de la cloison située immédiatement à l'entrée des fosses nasales ne saurait être méconnue ; l'introduction du bout du doigt ou d'un stylet dans la narine restée libre permet d'en constater l'étendue et la profondeur. Ajoutons seulement qu'en vue de l'opération à

laquelle il convient d'avoir recours, il faudra s'assurer, par une exploration soigneusement faite avec le doigt, de la part qui revient à la cloison cartilagineuse et au vomer dans la saillie qui bouche la narine, l'intervention devant s'adresser à la saillie osseuse de la cloison.

Cette distinction a échappé aux chirurgiens qui ont tenté de remédier à la difformité en question : c'est sur la saillie cartilagineuse que tous paraissent avoir fait porter leurs efforts et leurs tentatives de redressement. Celles-ci, brusques ou graduelles, lorsqu'elles ne sont pas précédées d'une opération véritable, ne peuvent donner un résultat durable ; la dilatation, du reste, qu'elle soit faite avec des bougies ou des dilatateurs, ou bien avec des corps hygrométriques comme la laminaire ou l'éponge préparée, serait le plus souvent inapplicable, en raison de l'obstacle que la déviation apporte à l'introduction d'un corps étranger, et des douleurs qui accompagneraient, si elle était possible, l'application de ces moyens. Aussi a-t-on recours à des opérations plus ou moins complexes : un chirurgien belge, Heylen, cité par les auteurs du Compendium de chirurgie, après avoir disséqué la muqueuse qui recouvrait la cloison déviée, mit à découvert le cartilage et en enleva la partie saillante avec de forts ciseaux ; Chassaignac, au lieu de réséquer la cloison cartilagineuse, se contenta d'en couper plusieurs épaisseurs, jusqu'à ce qu'il eût obtenu une souplesse et un amincissement qui lui permissent de repousser vers la ligne médiane la cloison ainsi réduite. Cette manière de faire nous paraît passible de bien des objections : disséquer la muqueuse de la cloison et la conserver en réséquant le cartilage ne doit pas être chose facile, en raison de l'écoulement sanguin qui masque les parties sur lesquelles on opère. Si dans cette résection cartilagineuse l'on comprend toute l'épaisseur du cartilage, on établit une perforation faisant communiquer peu au-dessus de la sous-cloison, en un point très accessible à la vue, la cavité des deux narines. Cette difformité, chez les sauvages qui ont coutume de se passer des anneaux ou des arêtes de poisson au travers des narines, pourrait passer pour un attrait : mais dans nos climats, où ces ornements ne sont pas de mise, elle paraîtrait plus désagréable d'aspect que celle à laquelle on l'aurait substituée ; aussi ne puis-je comprendre que Blandin ait eut l'idée d'en provoquer de propos délibéré la création en enlevant à l'emporte-pièce une partie de la cloison déviée.

Si la déviation siégeait vers le milieu de la partie postérieure des fosses nasales, une communication semblable, située en un point inaccessible à la vue, pourrait peut-être rendre des services : dans la variété de déformation qui nous occupe, les inconvénients au

point de vue de la forme qui en résulteraient dépasseraient de beaucoup ses avantages fonctionnels.

Il nous semble qu'il soit beaucoup plus rationnel de s'attacher à la saillie du vomer, ainsi que M. Duplay nous en a donné le conseil en se fondant sur les résultats de sa propre pratique. Plusieurs raisons militent en faveur de ce lieu d'élection ; la saillie osseuse s'accompagne, ainsi que nous l'avons dit, d'une sorte d'hyperostose qui permet d'en réséquer une épaisseur notable (plusieurs millimètres) sans s'exposer à intéresser toute la partie correspondante de la cloison, et à créer ainsi une communication anormale entre les narines. Cette saillie du vomer se présente vers le plancher des fosses nasales, c'est-à-dire au niveau où leur cavité a le plus d'ampleur ; on pourra donc y frayer une plus large voie à l'accès de l'air; ce passage, ouvert par la destruction de l'obstacle, aura pour siège la région que suit, dans les conditions physiologiques, le grand courant d'air que déterminent l'inspiration et l'expiration ; enfin, la consistance même du tissu osseux, aux dépens duquel on aura creusé le canal destiné à rétablir le calibre de la fosse nasale, sera une garantie contre tout rétrécissement ou toute déviation ultérieure qui pourrait annuler les résultats immédiats de l'opération. Voici comment l'opération, conçue de la sorte, nous paraît devoir être conduite. Le malade est chloroformé, sa tête est solidement maintenue entre les mains d'un aide, légèrement inclinée du côté sur lequel on doit agir, et l'orifice des narines tourné du côté du jour. On relève fortement le lobule du nez, ce qui permet d'appliquer sur la base de la saillie osseuse, le plus près possible du plancher des fosses nasales, un ciseau dont la lame est étroite est placée verticalement contre la cloison et tenue bien parallèlement à cette dernière. On enlève alors, du premier coup, en agissant directement d'avant en arrière, et en ayant soin de ne dévier ni en dedans ni en dehors, le plus que l'on peut de la saillie de vomer, sans se préocuper de la muqueuse. Ce premier temps de l'opération détermine une abondante hémorragie que l'on arrête en tamponnant la cavité nasale avec une éponge. Quand on suppose que l'écoulement sanguin est momentanément suspendu, on enlève l'éponge, on constate les dimensions du canal que l'on vient de créer en enlevant ce copeau de substance osseuse avec la muqueuse qui le recouvre, et s'il ne paraît pas assez spacieux, l'on enlève une nouvelle tranche de la cloison osseuse que l'on rabote ainsi avec le ciseau jusqu'à ce que la voie ouverte de la sorte paraisse suffisante, en s'arrêtant seulement pour étancher le sang et combatre son écoulement par le tamponnement de la fosse nasale.

On peut, vers la fin de l'opération, substituer au ciseau une

gouge de petite dimension avec laquelle on évide ce qui reste de la saillie osseuse, et on arrondit les contours de l'orifice artificiel que l'on vient de pratiquer. M. Duplay a fait fabriquer de petits ostéotomes analogues à ceux dont je me suis servi et que je mets sous vos yeux.

Pour mener à bien cette petite résection, il ne faut pas craindre de développer une force assez considérable ; j'ai trouvé, surtout chez la jeune opérée que je vous présente, une résistance très grande de la part du vomer, que j'ai eu beaucoup de peine à entamer : l'instrument, manié d'une main ferme et tenu dans la direction voulue, ne risque pas de s'égarer et de blesser des parties qu'il faut ménager.

J'ajoute que la cloison cartilagineuse est, quelque précaution que l'on prenne, intéressée et souvent traversée, ce dont on est averti par l'écoulement sanguin qui se fait par l'autre narine, par le passage d'une narine dans l'autre des injections que l'on pousse pour débarrasser les fosses nasales du sang qui les encombre, et même par la possibilité d'introduire au travers de la perforation ainsi produite un stylet ; mais cet incident n'a aucune importance : comme l'on n'a pas fait de perte de substance à la cloison cartilagineuse, la communication accidentelle se répare très rapidement, et chez mes deux malades, dès le 3e jour, je n'en ai plus retrouvé de trace. Quand on juge le calibre de la narine suffisant, on peut, comme je l'ai fait, introduire encore un dilatateur dans la fosse nasale ; en développant ses branches, on écartera plus complètement encore les parois médiane et latérale de cette cavité, que l'on tamponne ensuite avec une éponge antiseptique bien comprimée.

L'écoulement sanguin est le seul obstacle et le seul inconvénient de cette opération ; il est très notable ; il masque les parties sur lesquelles on opère et oblige à agir souvent au juger; il s'introduit dans le pharynx, gêne la respiration du malade, et force le chirurgien à s'interrompre fréquemment pour pratiquer le tamponnement, ou pour faire dans le nez des irrigations froides. Le tamponnement est heureusement facile en cette région, et comme l'hémorragie a sa source tout près de l'orifice antérieur des fosses nasales, il n'est pas besoin de recourir à l'occlusion de la partie postérieure de cette cavité ; le tamponnement antérieur suffit. Chez mon premier malade néanmoins, la quantité de sang avalée pendant l'opération avait été notable, et dans la journée il vomit à plusieurs reprises de volumineux caillots.

Dans les deux cas où j'ai pratiqué cette petite résection, les suites ont été nulles ; les malades, une fois les incommodités du chloroforme dissipées, n'ont ressenti ni malaise, ni fièvre, ni dou-

leur, et ils n'ont subi d'autre gêne que celle qui résultait d'un corps étranger dans la narine.

Je l'enlevai le surlendemain dans les deux cas ; mais l'ablation de l'éponge, chez la jeune fille que je vous présente, détermina de nouveau une très forte hémorragie qui nécessita pour deux jours encore le tamponnement. Lorsque le tampon est définitivement enlevé, il suffit de pratiquer plusieurs fois par jour des irrigations dans la narine avec une solution de chloral au centième.

Les premiers jours, le gonflement inflammatoire de la muqueuse masque les bons effets de l'opération ; ce n'est qu'au bout d'une semaine que l'on peut les constater ; comme la plaie de la cavité nasale doit se réparer en surface et suppure, il est bon de continuer quelque temps les irrigations, pour enlever le pus et les croûtes qui y séjournent ; plus tard, il faut combattre par la douche nasale et les moyens appropriés le coryza chronique. J'ajoute qu'il peut être utile que les malades prennent l'habitude de s'introduire de temps à autre un corps dilatant dans les fosses nasales, et qu'il faut, si les circonstances le permettent, donner une attention particulière à la dentition. L'application d'appareils, redressant ces dents et les forçant à reprendre leur place, pourrait n'être pas sans influence sur le développement ultérieur de la voûte palatine elle-même. On s'appliquera également à corriger les vices de prononciation qui persistent même alors que le nasonnement a disparu.

J'abuserais de vos moments en vous retraçant dans leurs détails les observations des deux sujets sur lesquels j'ai pratiqué cette petite opération. Les troubles qu'ils présentaient, la déformation dont ils étaient atteints, sont ceux que j'ai tâché de vous décrire. Pour ce qui est du résultat, vous pourrez en juger en examinant la jeune fille que je soumets à votre examen : il me paraît aussi satisfaisant que possible, tant au point de vue de la forme que pour ce qui est des fonctions respiratoires et olfactives.

Il n'a pas été moins bon chez mon autre opéré, jeune garçon de 12 ans, que la gêne due à l'oblitération d'une des narines avait forcé d'interrompre ses études. Les excellents avis de M. Duplay me permirent de le débarrasser d'une infirmité qui le désespérait, et je leur dus en même temps une notion précise sur la nature de cette déformation et la connaissance de l'opération aussi simple qu'efficace que je recommande à votre attention.

Discussion.

M. Verneuil. — La déviation de la cloison nasale est, en effet, une difformité très pénible en même temps que très choquante, et

qui offre en outre cet inconvénient que, prise le plus souvent par les médecins pour un polype des fosses nasales, elle donne lieu à une série de manœuvres essentiellement préjudiciables.

J'ai publié jadis un travail sur cette question, et, autant que je me le rappelle, ce qui m'avait surtout frappé dans l'autopsie d'un homme qui avait présenté cette difformité pendant sa vie, c'est que la déviation, et par conséquent l'oblitération, était double.

La cloison des fosses nasales, en effet, présentait la forme d'un *S* italique, disposé de telle façon que l'une des courbures touchait le bas de l'une des narines, tandis que l'autre courbure touchait le haut de la narine opposée.

Cette difformité semble due à un défaut de proportion entre la longueur de la cloison et la hauteur des fosses nasales.

Peut-être pourrait-on amener le redressement de la courbure supérieure en supprimant la courbure inférieure par une opération.

M. Berger. — Un de mes malades présentait, en effet, cette déviation double dont nous parle M. Verneuil, et l'une des narines était oblitérée en bas, et l'autre en haut. Il m'a suffi de rendre la perméabilité à la narine oblitérée par sa partie inférieure pour guérir mon malade, aussi je me suis abstenu de toute autre intervention. Dans le cas où cette première opération serait insuffisante, peut-être pourrait-on perforer la cloison à sa partie postérieure, de manière à établir une communication entre les deux narines; mais je doute fort que l'on ait jamais l'occasion de faire cette seconde opération. Les malades se trouvant suffisamment bien après la première, ils ne demandent pas autre chose.

M. Marc Sée. — L'observation démontrant qu'une narine qui n'est plus traversée par l'air devient le siège d'un coryza chronique, peut-être serait-il préférable de rétablir la perméabilité des deux narines, à la condition, bien entendu, que cela n'exige pas une trop grave opération.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
P. Gillette.

Séance du 14 mai 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° Le discours prononcé par M. le ministre de l'instruction publique à la séance du congrès des Sociétés savantes ;

3° M. le Dr Wasseige (de Liège) adresse deux brochures :

a. — *Kyste de l'ovaire;*

b. — *Rétrécissement du bassin. — Céphalotripsie. — Guérison;*

4° M. le Dr Duménil (de Rouen) adresse une brochure intitulée : *De la colotomie dans le traitement des fistules vésico-intestinales ;*

5° M. Chauvel offre de la part de MM. les Drs Hocquard et Nimier, du corps expéditionnaire du Tonkin, une brochure intitulée : *Trois cas de traumatismes par armes de guerre ;*

6° M. le Dr Ehrmann (de Mulhouse), membre correspondant, adresse le résultat de l'autopsie de son opéré d'Estlander, dont il a entretenu la Société dans la séance du 23 avril dernier, et qui a succombé, le 3 mai, à une péricardite intercurrente.

M. le président annonce à la Société que M. Martel (de Saint-Malo), membre correspondant, assiste à la séance.

Lecture.

Corps étranger du genou.

M. Nepveu lit un travail sur l'examen qu'il a fait d'une pièce pathologique : *Variété rare de corps étranger du genou*, envoyée par M. Johannidès (de Constantinople).

Sur une variété rare de corps étranger du genou, par les Drs Johannidès et G. Nepveu.

Il y a 3 mois environ, M. Verneuil recevait de Constantinople un petit flacon renfermant quelques corps étrangers du genou. M. Johannidès annonçait son envoi en disant qu'il croyait avoir affaire à un de ces cas rares connus sous le nom de *lipome arborescent* du genou, et priait M. Verneuil de vouloir bien lui donner son avis.

Ces corps étrangers, écrivait M. Johannidès, avaient été enlevés sur un homme fort et robuste, forgeron de son métier, âgé de 28 ans. Cet homme portait depuis sept ans, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'articulation du genou gauche, une tumeur assez volumineuse, d'une consistance pâteuse, fluctuante en partie. L'articulation était gonflée, la rotule soulevée, les mouvements étaient à peu près libres, excepté la flexion ; la marche était pénible et provoquait d'assez vives douleurs. Les Drs Johannidès et Sevastopoulo, réunis en consultation, considéraient la tumeur comme une hydarthrose du genou avec épaississement considérable de la synoviale dans sa portion sus-rotulienne. L'articulation fut ponctionnée plusieurs fois et chaque fois on en tira quelques grammes d'un liquide sirupeux, filant, jaunâtre ; malgré tout, le volume de la tumeur restait le même, le malade demandait un traitement plus radical. Nos deux confrères incisèrent la tumeur avec l'idée de faire le raclage de la cavité ; mais ils se trouvèrent tout à coup en face d'une trentaine de corps étrangers.

Ces corps étrangers s'attachaient par de petits pédicules minces, courts et très friables, sur un tronc commun adhérent à la synoviale. Quelques-uns avaient la couleur de la crème, d'autres étaient d'un blanc nacré, de consistance molle ; les plus gros d'entre eux atteignaient le volume d'un petit œuf de pigeon, dont ils avaient du reste la forme générale. Au centre de ces corps étrangers se trouvait une partie friable, de la graisse liquide, faisant sur le papier des taches caractéristiques. C'est la présence de cette graisse qui a fait penser à M. Johannidès qu'il avait affaire à un de ces cas si rares connus depuis Müller sous le nom de *lipome arborescent des synoviales*, et dont on trouve une très belle figure dans Follin (*Pathologie externe*, vol. III, p. 144, d'après Volkmann).

M. Johannidès envoyait, avec les intéressants détails qui précèdent, quatre de ces corps étrangers à M. Verneuil, qui me pria de les examiner. Ces corps avaient fait le trajet de Constantinople à Paris dans de la glycérine; pour l'étude, il eût certainement mieux valu un tout autre liquide.

Le plus petit de ces corps était entièrement solide et n'avait pas de cavité; les trois autres, beaucoup plus volumineux, avaient une cavité centrale. De leur paroi, irrégulière d'épaisseur, émanaient d'épais lambeaux adhérents par un de leur côté à la paroi, fendillés et comme feuilletés. Ces cavités étaient, nous dit M. Johannidès, remplies de graisse.

L'examen microscopique de la surface de ces corps étrangers ne put me révéler nulle part aucune trace d'épithélium. Sur des coupes transversales ou longitudinales, on trouvait une disposition très finement feuilletée, et l'on pouvait bien voir à un léger grossissement des couches régulièrement concentriques formées entièrement d'une substance amorphe. Cette disposition en couches concentriques a été observée rarement; Schreger s'appuie sur un cas de ce genre pour admettre la théorie d'Ambroise Paré, Larrey, Chelius, qui croyaient que ces corps étaient formés comme les calculs vésicaux par apposition de matériaux venant de la synoviale.

Ce qui indiquait ici cette disposition feuilletée, c'était une ligne très légère et très finement granuleuse, et qui, de temps en temps, présentait une ou plusieurs cellules extrêmement granuleuses. Ces cellules, on pouvait à peine les distinguer, même avec des matières colorantes les plus diffusibles. C'était bien certainement des cellules cartilagineuses en voie de dégénérescence granuleuse. Plus on se rapprochait du centre de ces corps étrangers, plus ces cellules étaient indistinctes et devenaient granulo-graisseuses. Vers le centre ou plutôt sur les bords de la cavité, leur place n'était plus indiquée que par des amas de globules de graisse, encore emprisonnée entre les fines lamelles concentriques dont je viens de parler.

En certains points, ces lamelles étaient comme détachées les unes des autres. Par ces amas de graisse libre, la substance fondamentalo semblait, elle aussi, s'altérer, et livrait un passage plus ou moins irrégulier à ces amas de graisse.

Ce processus nécrobiotique, à peine marqué à la surface de ces corps, plus intense au fur et à mesure qu'on approchait des couches centrales, explique la formation de cavités cystiques irrégulières avec lambeaux flottants, à contenu huileux, graisseux. Pour quelques-uns de ces corps étrangers dont la dégénérescence graisseuse avait presque entièrement détruit les parties centrales, on s'explique que les anciens auteurs n'y aient vu, comme M. Johannidès lui-même, que de vastes vésicules de graisse. Il serait possible que le cas de Volkmann dont la figure est reproduite dans Follin (voir Volkmann, p. 576, *in Handbuch der allgem. und spec. Chirurgie*, t. II, p. 576) ne soit pas, comme l'ait voulu l'auteur, un lipome arborescent, mais bien plutôt un cas semblable au nôtre. Ce qui semble me confirmer dans cette opinion, c'est que si on observe la gravure de Volkmann, les corps étrangers siègent surtout autour de la rotule et sur la partie supérieure de la synoviale, où il n'y a généralement pas de graisse, mais bien au contraire de ces nombreuses villosités articulaires que Kölliker, Rokitansky, Ramey, Gosselin ont décrites. En émettant quelques doutes sur le cas de Volkmann, nous en dirons autant du cas de Barwell (*British. medic., journal* 1876, février), qui semble être de même nature.

Quoi qu'il en soit, les corps étrangers que nous venons d'examiner, se distinguent :

1° Par leur implantation racémeuse sur la synoviale;

2° Par l'existence, sur les plus gros, de cavités cystiques remplies de graisse;

3° Par l'existence de feuillets concentriques visibles seulement au microscope, sur les lignes de séparation desquels se trouvent des cellules à divers degrés de dégénérescence graisseuse. C'est à la coalescence et à la fusion de ces divers foyers de dégénérescence graisseuse qu'est due la présence de cavités cystiques. Ces processus de nécrobiose et de transformation graisseuse des couches centrales sont une conséquence de l'absence dans leurs parois ou leur pédicule de moyens réguliers de nutrition (vaisseaux, etc.);

4° Ces corps étrangers nous paraissent ici constitués par l'hyperplasie et la transformation cartilagineuse des villosités ou plutôt des appendices normaux de la synoviale, dans quelques-uns de ces appendices des franges synoviales.

Discussion.

M. Després. Étant donnée la structure de cette tumeur, je me demande pourquoi M. Nepveu la désigne sous le nom de lipome arborescent des articulations.

M. Nepveu. J'ai dit que c'était M. Johannidès qui, d'après plusieurs auteurs, avait employé cette dénomination, mais j'ai eu soin d'ajouter que ce nom n'était pas en rapport avec la structure histologique de ces corps, et qu'il y avait lieu, par conséquent, de le changer.

M. Trélat. L'année dernière, j'ai étudié des corps analogues à ceux décrits par M. Nepveu ; il s'agissait de grains hordéiformes enlevés de la synoviale du poignet. Comme lui, j'ai constaté que ces petits corps étaient formés, à leur surface, par des couches concentriques de substance amorphe, mais je n'ai trouvé aucune cellule cartilagineuse, aucune fibre conjonctive, en un mot rien qui m'ait paru émaner de la synoviale elle-même, et j'ai cru pouvoir, de cet examen, conclure que l'origine de ce corps n'était autre qu'un produit de sécrétion de la synoviale.

Ce produit, après s'être concrété, s'enroule sous l'influence des mouvements de la main, et prend la forme régulière que nous connaissons tous. Je ne nie pas cependant qu'ils ne puissent être précédés, dans certains cas, par un noyau résistant autour duquel se dépose le produit dont je viens de parler.

M. Nepveu. Je ne conteste nullement l'explication de M. Trélat en ce qui concerne les grains hordéiformes du poignet, mais je crois pouvoir affirmer que cette explication ne saurait être applicable à mon cas particulier.

La structure de ces cas, en effet, a la plus grande analogie avec les franges synoviales que l'on trouve à la surface de la séreuse du genou, et qui, d'après Henle, seraient pourvues d'une cavité centrale.

Lecture.

M. Kirmisson donne lecture d'une *Note sur trois cas de hernie inguinale congénitale étranglée.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bouilly, Monod, Berger, rapporteur.

Lecture.

Traitement des consolidations vicieuses de la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

M. Bouilly lit une communication sur trois cas de fractures de l'extrémité inférieure du radius vicieusement consolidées et ayant nécessité une intervention chirurgicale [1].

Obs. I. — *Fracture de l'extrémité inférieure du radius. Compression du nerf médian. Troubles trophiques et fonctionnels; opération, guérison.*

Le nommé D..., âgé de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le courant d'août 1880, pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche datant de trois jours. Cette fracture présente la déformation caractéristique fournie par la situation ordinaire des fragments. Cette déformation est très accentuée, et il n'est pas difficile de se rendre compte que le fragment supérieur a glissé en partie à la face palmaire au-devant du fragment inférieur, et a pénétré celui-ci dans sa partie postérieure. Néanmoins, en tirant fortement sur le pouce pendant que l'avant-bras est maintenu, et en abaissant la main, on corrige en partie la difformité. L'avant-bras est immobilisé dans une demi-gouttière plâtrée, étendue du coude jusqu'à la racine des doigts, et, au bout de quelques jours, l'enfant est envoyé à Vincennes avec son appareil.

[1] L'observation I est rapportée dans la Thèse de M. Boularan. De la compression des nerfs du membre supérieur à la suite des fractures. (*Thèse de Paris*, 1884, p. 14.)

Il rentre à l'hôpital au bout d'un mois, nous apportant un résultat très peu satisfaisant. A la sortie de l'appareil, on constate que la déformation s'est reproduite et existe comme aux premiers jours de l'accident, rendue plus évidente encore par la disparition de tout gonflement. La correction ne s'est nullement maintenue dans l'appareil plâtré. Au niveau de la fracture, il existe une dépression très marquée à la région dorsale, tandis qu'il y a une saillie considérable à la partie palmaire, saillie sur laquelle vient faire relief le paquet des tendons fléchisseurs des doigts. A la palpation, on sent à ce niveau, à la partie antérieure, une espèce de crête tranchante, dure, osseuse, qui paraît être l'extrémité antérieure du fragment supérieur. La fracture est solide et on ne détermine aucun mouvement entre les fragments.

La main est située sur un plan supérieur à celui de l'avant-bras (dos de fourchette) et légèrement déjetée vers le bord radial. En outre, et c'est là surtout ce dont se plaint le malade, il accuse des douleurs spontanées, partant du siège de la fracture et s'étendant vers les doigts. Ces douleurs presque continues reviennent par élancements et sont très notablement exagérées quand on exerce une pression au niveau de la saillie des fragments. La pression est particulièrement sensible en un point qui répond à la région du nerf médian. Il est facile, avec un peu d'attention, de sentir ce nerf soulevé et comme tendu au-devant de la saillie osseuse ; il paraît augmenté de volume.

La peau de la face palmaire de la main et des trois premiers doigts est sèche, écailleuse et fendillée ; la sensibilité est retardée, mais non abolie dans les parties innervées par le médian.

22 *septembre*. — Une tentative de redressement manuel du cal fut faite sans succès avec le chloroforme. Malgré d'énergiques efforts, rien ne céda et aucun bénéfice ne fut obtenu.

Le malade fut tenu en observation, prenant des bains de main fréquents et faisant sur elle des onctions émollientes, le tout sans succès. Les douleurs spontanées étaient les mêmes. En outre, la sensibilité à la piqûre était plus obtuse qu'au moment du retour de Vincennes, la peau devenait sèche et de plus en plus fendillée, et au bout de l'index et du médius il se faisait de petits amas épidermiques comme ceux qui précèdent le mal perforant; enfin, l'éminence thénar était très atrophiée et les mouvements du pouce ne se faisaient qu'avec grand'peine.

Il n'était pas douteux que la compression prolongée du médian s'accompagnait de la production de troubles trophiques du côté de la peau de la face palmaire de la main et des trois premiers doigts, d'une diminution croissante de la sensibilité et de l'atrophie des muscles de l'éminence thénar.

26 *octobre*. — J'intervins de la manière suivante. Après anesthésie et application de la bande d'Esmarch, je fis une incision verticale le long du bord interne du tendon du grand palmaire, j'ouvris l'aponévrose antibrachiale et mis à nu le paquet des tendons fléchisseurs. La main étant fléchie, ceux-ci furent fortement retirés en dedans à l'aide de larges rétracteurs et sans dégâts notables de la grande synoviale médiane, et en arrière sur le siège de la compression. Il s'agissait bien

d'un glissement du fragment supérieur engagé en partie au-devant de l'inferieur, et formant à ce niveau une crête tranchante d'un centimètre et demi environ de large. Le doigt, promoné de bas en haut, rencontrait cette crête, sur laquelle se réfléchissaient les tendons et le nerf médian. Elle était, du reste, bien régulière et ne présentait ni saillie, ni esquille.

Je me mis en devoir de l'abattre et de régulariser le siège de la fracture. Avec le marteau et la gouge, j'enlevai successivement de petites parcelles osseuses, jusqu'à ce que le doigt ne sentît plus aucun relief. Les tendons furent alors abandonnés et reprirent la place, et l'on put voir de suite que la saillie qu'ils faisaient avant l'opération était très notablement diminuée.

Lavage antiseptique, drain allant jusqu'au radius, suture superficielle pansement de Lister.

En vingt jours, tout était cicatrisé sans accident.

Mais à ce moment le résultat obtenu paraissait nul : la peau avait le même aspect, les mouvements du pouce étaient aussi gênés, la sensibilité aussi obtuse.

Le malade sortit de l'hôpital dans les premiers jours de novembre 1880, époque à laquelle je quittai le service de M. Cusco, que je suppléais.

8 *juillet* 1881. — J'écrivis à l'enfant, qui revint me voir. Il parut fort étonné de ce que l'on s'occupait de son affection, car depuis quatre mois il avait repris ses occupations de mécanicien.

La déformation de la fracture avait persisté, mais les fonctions étaient redevenues normales. Il n'y avait plus aucune douleur, même quand on pressait au niveau de la fracture. La peau avait repris le même aspect que du côté opposé. Les muscles de l'éminence thénar paraissaient encore moins développés

En résumé, le résultat était très favorable, et je pense que l'intervention chirurgicale, qui avait supprimé la compression et l'irritation du nerf médian, avait dans ce cas été d'une grande utilité.

Obs. II. — *Fracture vicieusement consolidée de l'extrémité inférieure du radius. Ostéoclasie du cal. Accidents inflammatoires; perte prolongée des fonctions.*

Le 16 juillet 1883, j'étais appelé à voir un jeune homme de 20 ans qui, sept semaines auparavant, s'était fait une fracture de l'extrémité inférieure du radius droit. Cette fracture, méthodiquement soignée par un médecin de la ville, était consolidée en bonne position au bout de quatre semaines, quand le malado fit une nouvelle chute, aux bains froids, tomba sur la paume de la main et reproduisit en les exagérant tous les signes de sa fracture.

Quand je le vois, quinze jours après ce second accident, la déformation est considérable; l'extrémité inférieure de l'avant-bras présente au plus haut degré les signes classiques de la fracture; en outre, les mouvements de pronation et de supination sont presque impossibles, et tous les mouvements de l'avant-bras sont très gênés.

La difformité très choquante et la gêne extrême des mouvements ne permettent pas de laisser les choses en l'état.

Le 19 juillet, une tentative de réduction de la fracture avec les mains est faite sous le chloroforme; malgré un déploiement de force considérable, aucun changement n'est apporté dans la position des fragments.

Le professeur Verneuil, appelé en consultation quelques jours plus tard, conseille l'ostéoclasie avec l'appareil Collin.

L'avant-bras est moulé; les pièces de l'appareil sont appropriées à la forme du membre, et le 31 juillet l'opération est pratiquée, avec l'assistance du professeur Verneuil, à l'aide de l'appareil à redressement pour le genu valgum.

Je ne saurais donner une idée meilleure de la force nécessaire pour rompre ce cal qu'en disant que la pression fut portée à plus de 120 kilogrammes, et que la rupture ne put être obtenue définitivement qu'au moyen d'une secousse brusque.

La pression exercée sur les parties molles de l'avant-bras et du dos de la main avait été tellement grande qu'il y avait un véritable aplatissement de la région à ce niveau.

J'étais fort inquiet sur le sort du nerf médian et des gaines tendineuses, et sur la vitalité des téguments.

La correction immédiate était très bonne; on put remettre de suite le membre dans une très bonne attitude et il fut immédiatement enfermé dans un appareil plâtré circulaire, très peu serré.

Dès le premier jour se déclarèrent des douleurs intolérables qui durèrent une semaine et ne purent être calmées que par les injections de morphine et le chloral à haute dose.

L'appareil plâtré, enlevé dès le lendemain, fut remplacé par une attelle palmaire et un pansement émollient pour combattre les menaces de phlegmon qui se déclaraient sur tout l'avant-bras et la main.

Il se fit une synovite de toutes les gaines de la région, et la sensibilité était abolie aux doigts dans toute la zone innervée par le médian.

Au bout de treize jours, 12 août, une gouttière plâtrée put être appliquée, laquelle fut retirée le 31 du même mois.

Depuis cette époque, j'ai revu bien des fois ce malade. Le résultat de notre intervention n'est guère satisfaisant. Si la déformation est corrigée au niveau de la fracture, il persiste une gêne extrême des mouvements; l'articulation du poignet et celles du carpe sont enraidies; les mouvements de flexion des doigts sont très limités; la sensibilité de la zone innervée par le médecin a été longtemps obtuse, et, malgré l'emploi rigoureusement prolongé des bains, du massage et de l'électricité, les fonctions du membre sont très incomplètes. Par bonheur, il s'agit d'un sujet jeune chez lequel on peut encore beaucoup gagner avec le temps et l'exercice.

Ce résultat m'avait laissé une fâcheuse impression sur l'ostéoclasie appliquée à ce genre de cas, et ne m'encourageait guère à l'employer de nouveau.

Aussi quelques jours après, le hasard m'ayant amené une nouvelle

déformation de même origine, je songeai à la traiter par une autre méthode.

Obs. III. — *Cal vicieux du radius gauche. Ostéotomie linéaire; guérison rapide. Moulage de la difformité et de la correction.*

La jeune Lucie L..., âgée de 9 ans, m'est présentée le 14 septembre 1883, pour une déformation de l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche. On me raconte qu'un mois auparavant, vers le 14 ou le 15 août, l'enfant est tombée sur une marche en pierre en descendant un escalier. L'avant-bras, qui a porté dans la chute, a dès les premiers jours subi un gonflement douloureux considérable, et l'enfant aurait eu un peu de fièvre. Néanmoins, aucun médecin ne fut appelé et le traitement a simplement consisté dans l'application de compresses d'arnica. Ce n'est que trois semaines après l'accident que, préoccupés d'une déformation qui persistait à l'extrémité inférieure de l'avant-bras, les parents amènent la petite fille.

L'avant-bras gauche présente une déformation très évidente : dans le $\frac{1}{4}$ inférieur du radius il existe un gonflement en dos d'âne dont le siège est manifestement l'os lui-même; il en résulte une convexité exagérée de la face dorsale de l'avant-bras à ce niveau, avec concavité correspondante à la face palmaire. La main est légèrement déjetée vers le bord radial et paraît située sur un plan inférieur à celui de l'avant-bras. Les mouvements des doigts et du poignet s'exécutent très librement; seuls, les mouvements de pronation et de supination sont très bornés et gênés.

Mais ce qui frappe surtout c'est la déformation de cette extrémité inférieure de l'avant-bras, surtout choquante chez une petite fille et située trop bas pour être facilement masquée par les vêtements.

Je pense qu'il s'est agi d'une fracture du $\frac{1}{4}$ inférieur du radius abandonnée à elle-même et qui s'est consolidée vicieusement : en effet, la consolidation est complète ; il n'existe aucune mobilité ni même aucune mollesse au siège de la déformation, et même il n'y a presque plus de sensibilité en cette région. La fracture a siégé un peu plus haut que la fracture de l'extrémité inférieure du radius proprement dite et elle a porté sur la diaphyse dans son $\frac{1}{4}$ inférieur ; le cubitus n'a pas été intéressé et a sa rectitude normale.

L'avant-bras malade est moulé le 15 septembre.

Sur le désir des parents, pour corriger cette difformité choquante à l'œil et remédier à la gêne des mouvements produite par la déformation, je propose de pratiquer l'ostéotomie du radius.

Le cal est déjà trop ancien et trop solide pour que l'on puisse sans danger et sans dégâts obtenir le redressement par toute autre méthode.

L'enfant est amenée le 17 septembre à l'hôpital Beaujon.

Après anesthésie et lavage soigné de la région à la solution forte, le membre reposant sur un sac de sable, une incision d'un centimètre est faite jusqu'à l'os suivant l'axe du radius, sur le point le plus saillant de la convexité de l'os. L'ostéotome n° 1 (modèle de Mac-Ewen construit par M. Aubry) est introduit sur le bistouri laissé en place, puis retourné perpendiculairement à cette première direction.

En quelques coups de maillet l'os est sectionné ; immédiatement le redressement est obtenu, et sans aucun effort le membre peut être mis dans une rectitude absolue.

Un peu d'eau phéniquée forte est projetée dans la petite plaie, qui est simplement recouverte d'un petit tampon de coton hydrophile imbibé de la même solution, sans réunion.

Le membre est de suite entouré d'un appareil plâtré circulaire renforcé à sa partie palmaire par une petite lame de zinc comprise dans les tours de la bande plâtrée. L'appareil s'étend depuis le coude, qu'il a immobilisé, jusqu'à la racine des doigts, qui sont laissés libres.

L'enfant quitte l'hôpital 2 heures après l'opération, quand le plâtre est tout à fait sec.

Depuis ce moment, elle n'eut jamais l'ombre de fièvre ni d'aucun malaise ; elle continua à jouer, à se promener, à vivre correctement comme à l'habitude avec son bras en écharpe. Ramenée à plusieurs reprises à la visite, elle n'accuse jamais ni gêne, ni douleur ; un léger œdème du dos de la main fut combattu par l'application d'une petite couche d'ouate et d'une bande roulée.

L'appareil placé est enlevé le 8 octobre, 21 jours après l'opération.

La consolidation est faite ; le redressement s'est maintenu et le membre est dans une excellente position.

La plaie de l'ostéotomie est recouverte d'une petite croute noirâtre sans aucune trace de suppuration ; le résultat est tout à fait satisfaisant.

Par précaution, l'avant-bras est enfermé dans un bandage silicaté jusqu'au 15 octobre. La petite plaie, irritée par le bandage, a légèrement bourgeonné, comme on peut peut le voir sur le 2e moulage qui est pris ce même jour (15 octobre).

Rien ne me paraît plus démonstratif que la comparaison des deux moules que j'ai l'honneur de présenter et dont la vue vaut mieux que toute description.

Au 1er novembre je vois l'enfant ; après une légère cautérisation au nitrate d'argent le bourgeon charnu s'est affaissé. La cicatrice est à peine visible ; les fonctions du membre s'exécutent avec facilité ; le résultat peut être considéré comme excellent.

Les cas de cette nature ne doivent pas être rares, les fractures de l'extrémité inférieure du radius étant fréquentes et leur traitement incertain au point de vue surtout de la perfection des formes.

A la suite d'une fracture de ce genre vicieusement consolidée, le chirurgien peut intervenir, soit pour rétablir la forme, soit pour

rendre la liberté des mouvements, soit pour remédier à des douleurs par compression nerveuse.

C'est pour obéir aux doux premières indications que j'ai agi dans les observations II et III; du reste, ces indications ne marchent guère l'une sans l'autre, car dans les cas où la déformation est très choquante, elle entraîne en général en même temps une grande gêne des mouvements de pronation et de supination.

Je laisse ces cas de côté ; leur histoire a déjà été ébauchée à propos de cals vicieux d'autres régions, sans que je sache que l'intervention ait jamais dû porter sur l'extrémité inférieure du radius.

L'histoire si bien faite ici des compressions douloureuses des nerfs par le cal peut s'enricher de quelques faits observés dans la région qui nous occupe ; c'est pour remédier à des douleurs et à des troubles trophiques déterminés par la compression du médian que je suis intervenu chez mon premier malade.

Hamilton (Fractures and Dislocations) rapporte un cas de fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras dans lequel le nerf médian, repoussé en avant par le fragment inférieur, fut mis à l'abri de la compression par la résection de la pointe osseuse.

Un an après l'opération, le malade avait encore la main paralysée et éprouvait de temps en temps de violentes douleurs.

Chez mon malade, il s'agissait d'une compression par le fragment supérieur chevauchant au-devant de l'inférieur, dans une fracture avec pénétration incomplète.

M. le Dr Pasturaud (Thèse de Paris, 1875, *Étude sur les cals douloureux*) rapporte un cas tout à fait analogue observé par M. Tillaux ; il s'agit d'un homme de 27 ans qui, deux mois et demi après son accident, présentait, outre la déformation caractéristique de la fracture, une douleur extrêmement vive par les mouvements des doigts et surtout par la pression sur la face antérieure du cal, juste sur le trajet du nerf médian. Cette pression fait naître des élancements douloureux qui se prolongent en haut suivant la direction du tronc nerveux. La douleur n'existe pas sur les autres points du cal.

En même temps la sensibilité est très émoussée sur la face antérieure des premiers doigts et les mouvements de flexion et d'opposition du pouce sont très limités.

M. Tillaux pensa que le nerf médian était comprimé par le cal qui était exubérant.

Trois semaines après, malgré des massages, l'insensibilité des doigts et la faiblesse des mouvements persistaient encore.

Il ne fut rien fait de plus.

L'analogie de ce cas est complète avec notre première obser-

vation ; la même douleur localisée au trajet du médian, les mêmes troubles y sont notés.

Paget (*Surgical Pathology*, vol. I, p. 43) a observé également un homme qui, à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, consolidée par un cal considérable, éprouvait des douleurs dues à la compression du nerf médian. Le pouce s'ulcère ainsi que l'indicateur et le médius ; ces ulcérations résistèrent à toute espèce de traitement et ne se cicatrisèrent que lorsque la flexion du membre eut fait cesser la pression sur le nerf. Quand cet homme se servit de son bras et renouvela la pression, les ulcérations reparurent.

On pourrait peut-être ajouter à ces cas un fait communiqué par M. Larrey à la Société de chirurgie en 1861, dans lequel on observa une névralgie spasmodique de l'avant-bras consécutive à une fracture du radius et à l'emploi de l'électricité.

Dans ces divers cas, on n'intervint chirurgicalement que dans le fait de Hamilton et dans ceux qui me sont personnels.

Le nombre de faits connus est donc beaucoup trop faible pour qu'on puisse en tirer des règles pour l'intervention.

D'une manière générale, je crois que c'est à l'ostéotomie linéaire qu'il faudra s'adresser. Au point de vue du rétablissement des forces elle me paraît la méthode de choix et elle m'a donné un succès complet.

L'ostéoclasie ne saurait guère trouver d'application dans cette région ; la brièveté du bras de levier représenté par le fragment inférieur, le danger de comprimer les tendons et le nerf médian rendus encore plus superficiels par la saillie des fragments et du cal sous-jacents doivent faire rejeter ce moyen dans la grande majorité des cas.

Pour remédier à la compression du nerf médian par la saillie d'un fragment, j'ai fait la résection ou mieux la rugination de cette pointe osseuse ; malgré les dangers inhérents aux recherches, dans cette région où passent les gaines tendineuses et les vaisseaux et nerfs qui se rendent à la main, les choses se sont passées simplement et le succès a couronné la tentative.

Hamilton avait déjà suivi la même pratique.

Mais aujourd'hui, je conseillerais de préférence, avant d'en arriver à cette extrémité, de faire d'abord l'ostéotomie linéaire en attaquant l'os par la face dorsale, comme dans l'observation III, afin de remettre les fragments en bonne situation et peut-être la réduction nouvelle ainsi obtenue suffirait-elle à lever la compression nerveuse.

En tout cas, si l'on entreprend par un procédé quelconque de libérer le médian ainsi comprimé, il faut intervenir de bonne heure,

avant l'invasion des dégénérescences du nerf et de rappeler que dans ces cas le retour des fonctions nerveuses ne se fait que lentement et à la longue, comme l'a parfaitement indiqué le professeur Trélat pour des faits de même ordre.

Discussion.

M. Verneuil. J'ai pu constater *de visu* le mauvais résultat donné par l'ostéoclasie sur l'un des malades de M. Bouilly, aussi suis-je disposé à considérer ce moyen comme dangereux, et je ne le conseillerais pas pour redresser les cals vicieux consécutifs aux fractures de l'extrémité inférieure du radius.

En ce qui concerne l'ostéotomie, je n'ai pas d'expérience personnelle, mais je l'ai vue employer par M. Duplay. Il s'agissait d'une jeune fille, pour laquelle je fus appelé en consultation avec M. Gosselin : le cubitus s'était développé d'une manière exagérée ; la main était fortement déviée en dehors, et donnait lieu à une déformation fort choquante. L'opération fut pratiquée par M. Duplay et réussit très bien.

Dans ces conditions, je suis assez disposé à considérer l'ostéotomie comme une méthode de choix, lorsqu'il s'agit du membre supérieur. Je le fais d'autant plus que sur ce membre les pansements antiseptiques, le bain antiseptique, par exemple, sont d'une application plus facile.

Il ne faudrait pas cependant être trop absolu et faire l'ostéotomie à tout âge. C'est ainsi, par exemple, que tout dernièrement ayant eu à redresser un de ces cals vicieux chez une jeune fille de six ans, l'ostéoclasie manuelle m'a parfaitement suffi.

M. Trélat. Quelques-unes des observations de M. Bouilly sont relatives à des malades sur lesquels on a été appelé à libérer des nerfs ou des tendons qui souffraient de la présence d'un cal vicieux de voisinage. C'est là une opération que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer.

Chez un de mes malades, il s'agissait d'une fracture du calcaneum consolidée, avec production d'une apophyse saillante qui gênait beaucoup les fonctions du tendon d'Achille. J'ai réséqué l'apophyse et le malade a parfaitement guéri.

J'ai fait deux fois cette même opération pour enlever des épines développées sur le tibia à la suite de fractures et dont la présence constituait une gêne notable pour les fonctions du nerf tibial antérieur. Les malades ont parfaitement guéri. Il faut bien savoir, en effet, qu'aujourd'hui, grâce à l'emploi des méthodes antiseptiques, ces opérations ne présentent par elles-mêmes aucune gravité.

En ce qui concerne le rétablissement des fonctions d'un nerf longtemps gêné par la présence d'un cal vicieux, j'ai déjà plusieurs fois insisté sur la lenteur spéciale de ce rétablissement. C'est là, d'ailleurs, un fait clinique qui a été constaté par un grand nombre d'observateurs et dont il est bon d'être prévenu lorsqu'on tente une opération du genre de celles auxquelles je fais allusion. De tous les nerfs, celui qui se trouve le plus souvent pris dans le cal de la fracture est certainement le nerf radial.

Tout récemment Ollier a émis l'opinion que la paralysie radiale était due au pincement du nerf entre les deux fragments, et que l'on pourrait peut-être éviter ce pincement à l'aide de certaines manœuvres, faites au moment ou la fracture étant récente, les fragments ont encore toute leur mobilité.

Lorsque l'on a constaté une paralysie radiale et que ces manœvres ont échoué, Ollier conseille de recourir le plus tôt possible à l'intervention chirurgicale, parce que, dit-il, le retour des fibres nerveuses à leur état normal est d'autant plus rapide et plus parfait que le nerf a été moins longtemps emprisonné par le cal.

Je n'ai encore aucune expérience sur ces divers points, mais je crois qu'il s'agit là d'une question intéressante et digne d'être étudiée de près. Il est vrai que, dans la majorité des cas, nous ne sommes pas maîtres de l'époque de l'intervention, les malades nous arrivant le plus souvent longtemps après l'accident.

M. Gillette. Je considère l'ostéoclasie comme une excellente méthode, la méthode de choix lorsqu'il s'agit du gros segment des membres (cuisse, bras), parce que nous trouvons là des points d'appui suffisamment larges et commodes pour l'application des tampons de l'ostéoclaste ; mais il en est tout autrement pour l'avant-bras et la jambe ; dans ces cas, l'ostéotomie est de beaucoup préférable sinon la seule méthode applicable.

Sur deux malades atteints de cal vicieux de la jambe (partie inférieure) et que j'ai opérés avec succès, l'un à Bicêtre, l'autre à l'hôpital Tenon, *j'ai combiné l'ostéotomie avec l'ostéoclasie manuelle ;* je ne me suis pas servi d'ostéotome. Par chacune des trois petites incisions pratiquées, une au niveau du péroné, deux au niveau du tibia, j'ai introduit un ciseau qui m'a permis de fracturer les deux os aux trois quarts et le redressement a été achevé à l'aide des mains. L'occlusion complète des ouvertures avec l'agaric collodionné et l'immobilisation absolue par un appareil plâtré longtemps prolongé ont été employées par moi, et j'attache une grande importance à ces deux derniers temps de l'opération. Le résultat dans l'un et l'autre cas a été excellent. Je n'ai pas fait usage du pansement de Lister.

M. Bouilly. Je n'ai fait aucune tentative d'ostéoclasie sur la malade que j'ai ostéotomisée, mais cela résulte surtout de ce que j'avais été vivement impressionné par le fait malheureux dont je vous ai parlé. Je reconnais, d'ailleurs, que ces tentatives doivent toujours être faites, mais seulement avec les mains. J'ajoute qu'elles auront beaucoup de chance de succès lorsque la fracture siégera un peu plus haut, parce qu'alors on aura une prise suffisante.

Je sais que d'autres observateurs ont signalé avant moi la lenteur dans le rétablissement des fonctions du nerf lésé, mais j'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt de rappeler ce fait, afin de ne pas décourager les opérateurs qui se trouveraient en présence d'un cas analogue au mien.

En ce qui concerne le traitement ultérieur de la plaie opératoire, je me suis contenté d'appliquer du coton phéniqué sur la petite plaie par laquelle avait passé l'ostéotome, et de mettre un bandage plâtré roulé.

Présentation de malade.

M. E. Delorme, agrégé libre du Val-de-Grâce, présente un malade auquel il a pratiqué la désarticulation du genou par un procédé en raquette à queue antérieure ; la réunion s'est faite par première intention.

Le blessé, dit-il, que j'ai l'honneur de présenter a subi la désarticulation du genou pour une tumeur blanche du cou-de-pied compliquée de décollements et de trajets fistuleux s'étendant dans la jambe jusqu'au niveau des attaches du soléaire. Lorsque je vis ce blessé il y a cinq mois, en dépit des traitements qu'on avait institués, la suppuration persistait abondante, il était miné par la fièvre, réduit à un état de maigreur extrême, toussait ; enfin, indépendamment des décollements profonds de la jambe dont nous venons de parler, une lymphangite réticulaire et canaliculaire s'étendait du pied à la partie moyenne de la cuisse.

En présence d'une situation si grave, nous n'avions qu'à songer à une intervention radicale. L'amputation de la jambe était impossible étant donnés les désordres que nous venons d'indiquer ; l'amputation de la cuisse à son tiers supérieur, que nous eussions dû pratiquer si nous avions voulu dépasser les limites de la lymphangite réticulaire, semblait au blessé et à nous un trop lourd sacrifice : au risque de perdre les bénéfices d'une réunion immédiate,

nous nous décidâmes à ne porter le couteau qu'au delà des limites des désordres profonds et irrémédiables de la jambe, c'est-à-dire à désarticuler le genou.

L'opération fut faite par un procédé en raquette à queue antérieure partant de la pointe de la rotule, descendant jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous de cet os, où elle se continua avec une incision ovalaire. Ce procédé, que nous avons recommandé dans un article critique sur la désarticulation du genou (*Gaz. hebd.* 1878), très expéditif et très sûr, laisse une cicatrice médiane linéaire cachée dans l'espace intercondylien.

Il se rapproche beaucoup du procédé à deux lambeaux que nos collègues américains utilisèrent souvent pendant la guerre de sécession. La désarticulation faite en conservant la rotule mais en enlevant les menisques, des portions altérées des jumeaux furent abrasées, un trajet fistuleux qui les séparait, raclé avec la curette, un autre qui traversait le lambeau interne près de sa base, ébarbé, le nerf sciatique excisé dans une certaine étendue suivant le précepte de M. Verneuil, puis nous coaptâmes les deux lambeaux incomplets de notre raquette très exactement, bien que sans la moindre traction, près de leur base par plusieurs sutures enchevillées, et sur leur bord par une vingtaine de points séparés. Une compression exercée encore par des tampons de ouate pendant le pansement acheva la coaptation. Deux larges incisions préventives avaient été faites au-dessus de la rotule de chaque côté du tendon du triceps, un drain avait été placé transversalement de l'une à l'autre, puis deux autres drains avaient été dirigés de l'une de ces incisions à la partie la plus élevée de la raquette au-dessous de la pointe de la rotule ; enfin un dernier avait été poussé à la partie la plus déclive de la plaie opératoire contre les vaisseaux poplités. Pansement antiseptique.

Malgré les craintes que nous avions eues sur la vitalité du lambeau interne, ce qui nous l'avait fait tailler ainsi que l'externe plus étendu qu'il n'était nécessaire, l'adhésion primitive fut obtenue aussi complètement et aussi rapidement que si les lambeaux avaient été constitués par des tissus sains. Le cinquième jour les sutures profondes qui tendaient à ulcérer notre lambeau interne furent enlevées, du sixième au huitième nous coupâmes les superficielles : la coaptation était parfaite, mais le lambeau interne resta pendant plus de quinze jours encore œdémateux et induré. Les drains de l'article furent enlevés au bout de vingt jours après n'avoir fourni qu'une faible quantité de liquide séro-purulent ; par contre, le drain postérieur en donna davantage. Enfin l'ouverture par laquelle passaient les drains du cul-de-sac sous-tricipital sous la

pointe de la rotule mit près d'un mois à se fermer, et laissa à ce niveau une adhérence solide.

En somme, bien que nous ayons taillé nos lambeaux au milieu de tissus malades, la coaptation de ces lambeaux s'effectua grâce au soin que nous avions mis à établir nos sutures et à maintenir une antisepsie rigoureuse. En un mois le blessé était guéri sans accident.

Quand au résultat définitif que vous pouvez constater aujourd'hui, c'est-à-dire plus de cinq mois après l'opération, il est des plus satisfaisants, et cet exemple avec beaucoup d'autres pourrait servir à montrer encore la supériorité à ce point de vue de la désarticulation du genou à notre sens trop dédaignée, sur l'amputation de la cuisse. Le blessé, muni du pilon ordinaire des amputés de cuisse, fait porter sur un moignon bien matelassé étalé tout le poids du corps pendant la marche, sans éprouver la moindre douleur ; on peut frapper du poing sur la surface de ce moignon. Les condyles n'ont pas subi la moindre atrophie comme on l'a avancé. La cicatrice médiane, adhérente seulement au niveau de la pointe de la rotule en un point très circonscrit, est cachée dans l'espace intercondylien, par conséquent à l'abri des pressions de l'appareil. Quant à la rotule, remontée à 7 centimètres de l'interligne articulaire, elle donne attache à un triceps dont nous avons cherché à diminuer l'atrophie par un traitement électrique suivi.

La cuisse, de sa partie supérieure à sa partie inférieure, semble avoir conservé son volume.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 21 mai 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° Un mémoire pour le prix Laborie, intitulé : *Des plaies ulcéreuses de la jambe chez les herpétiques,* et ayant pour épigraphe : *Médecine et chirurgie se donneront la main et les deux sœurs se prêteront un mutuel appui ;*

3° M. Vieusu, médecin-major à Perpignan, adresse une observation intitulée : *Rupture du canal de l'urètre, urétrotomie externe sans conducteur. — Mort ; autopsie.* (Commission : MM. Tillaux, Terrillon, Cruveilhier, rapporteur) ;

4° M. Chauvel dépose, au nom de M. le Dr Badal, professeur à la Faculté de Bordeaux, un travail intitulé : *Exostose éburnée du frontal. — Guérison avec conservation de l'œil et de la vue.* (Rapporteur : M. Chauvel.)

M. le Président annonce à la Société que MM. Parise (de Lille), Martel (de Saint-Malo), Vibert (du Puy), membres correspondants, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal.

Fracture du radius.

M. Delens. Dans la communication de M. Bouilly sur le traitement des fractures du radius mal consolidées, je remarque deux observations relatives à des jeunes gens chez lesquels la lésion présentait les signes classiques de la fracture de l'extrémité inféieure de l'os.

Ne s'agirait-il pas plutôt là d'un décollement épiphisaire ? L'épiphyse du radius ne se soude, en effet, que vers la vingtième année. S'il en était ainsi, peut-être pourrait-on expliquer les troubles fonctionnels par ce fait que le bord du fragment diaphysaire, sé-

paré de son épiphyse, est extrêmement tranchant, alors que ce même bord est plus ou moins mousse dans la fracture ordinaire.

M. Bouilly. L'opération ayant été faite avec la bande d'Esmarch, il a été très facile de s'assurer qu'il s'agissait d'une véritable fracture et non d'un simple décollement épiphysaire.

M. Després. Les malades de M. Bouilly avaient été traités par l'appareil plâtré ; j'en prends acte pour montrer une fois de plus combien cet appareil est mauvais pour les fractures de ce genre. Nul doute que l'on n'aurait pas eu l'occasion d'intervenir, si l'on s'était servi de l'appareil de Nélaton. Ces fractures, en effet, s'accompagnent d'un tel écrasement de l'os que, quelle que soit l'habileté avec laquelle on pose l'appareil plâtré, il reste toujours une déformation.

M. Trélat. A l'heure actuelle, je traite mes fractures du radius par l'application, après réduction quand il y a lieu, d'une petite attelle plâtrée placée soit au-dessus, soit au-dessous du membre, suivant les circonstances, et je m'en trouve très bien. Comme je ne laisse l'appareil en place que pendant trois semaines, je n'observe ni raideur, ni accidents d'aucune sorte. Ce n'est donc pas à la nature de l'appareil employé qu'il faut attribuer les mauvais résultats constatés sur les malades de M. Bouilly.

Il faut bien savoir que telles circonstances peuvent se produire, ou quelle que soit la correction de l'appareil employé, l'on ne peut guérir, sans difformité, des malades atteints de fracture. Je rappellerai, à ce sujet, un homme chez lequel je ne pus éviter un enclavement du nerf radial dans un cal vicieux de l'humérus. Cet homme, outre sa fracture du bras, avait une grave plaie de tête et une fracture de cuisse, il en résulta que pendant toute la durée de la consolidation, il fit des mouvements désordonnés et ceux-ci rendirent impossible la coaptation des fragments.

J'ai, en ce moment, un homme qui a une grave fracture de jambe, compliquée de plaie ; je lui ai conservé son membre, mais il est certain que le résultat morphologique est mauvais.

En ce qui concerne la fracture du radius, il y a lieu de distinguer celles qui se font chez les enfants, et celles qui se produisent chez les vieillards. Cette distinction a été très étudiée dans une thèse faite sous mon inspiration, la thèse de Schmith.

Cet auteur a montré que chez les vieillards, en raison de la friabilité toute spéciale de leurs os, cette variété de fracture se faisait avec une grande facilité, et, par conséquent, sans grands délabrements, sans grande difformité. Chez les jeunes gens, au contraire,

la fracture exige, pour se produire, une grande violence, et il en résulte des écrasements, des déformations, souvent considérables, et toujours difficiles à corriger.

M. Bouilly. Les meilleurs appareils, cela est incontestable, peuvent donner de déplorables résultats dans certains cas. C'est ainsi qu'il faut expliquer l'infirmité de mes deux malades, traités je ne sais pas où ni par qui, mais chez lesquels on s'était servi d'un appareil excellent généralement, l'attelle plâtrée.

La première condition pour qu'un appareil soit bon, c'est qu'il permette de surveiller journellement le membre fracturé; or, cette surveillance, très facile avec l'appareil plâtré, l'est beaucoup moins avec l'appareil de Nélaton.

M. Terrier. Je traite toute mes fractures du radius par l'appareil plâtré, et je n'ai jamais eu de mauvais résultats. L'appareil de Nélaton est certainement un bon appareil, mais il ne vaut pas le précédent.

Quel que soit l'appareil employé, il va sans dire que la première condition du succès est la réduction exacte de la fracture. Or, cela n'est pas toujours facile, dans le cas particulier, en raison de l'écrasement habituel des surfaces osseuses fracturées, et c'est bien souvent à cette difficulté toute spéciale qu'il faut attribuer les cals vicieux que l'on obtient.

Pour éviter les raideurs des doigts, qui sont fréquentes dans cette lésion, je laisse les organes libres, et j'engage le malade à les remuer de temps à autre.

L'application de l'attelle peut être faite sur la face dorsale ou sur la face palmaire. Je préfère cependant la face palmaire, que je coude de façon à placer la main dans une flexion légère, ce qui contribue à redresser les fragments.

M. Després. La principale objection que je fais à l'appareil plâtré, c'est qu'il faut le changer pendant la durée du traitement, alors que le gonflement des premiers jours a disparu. Pareil inconvénient n'existe pas avec l'appareil de Nélaton, que l'on peut serrer et desserrer à volonté.

Un autre inconvénient résulte de l'immobilisation forcée et absolue, non seulement de la fracture, mais de toutes les articulations carpiennes. C'est cette immobilisation qui déterminera les raideurs que l'on observe si souvent après l'enlèvement de l'appareil. L'appareil de Nélaton permettant de légers mouvements dans les articulations susdites, les fonctions du membre après la consolidation se rétablissent bien plus facilement.

On a parlé de la difficulté de la réduction de ces fractures, elle est incontestable ; mais à ce point de vue encore, l'avantage est à l'appareil de Nélaton, qui permet, lorsque la fracture n'a pu être réduite le premier jour, de remettre les os en place, graduellement, en resserrant journellement les attelles au moyen d'un lien élastique.

Il va sans dire que je ne critique pas les appareils plâtrés en général, ce sont d'excellents appareils pour les fractures de jambe ; mais ils ne valent rien pour les fractures du radius ; je pourrais ajouter également les fractures du bras.

M. Verneuil. Après trente années de pratique chirurgicale, on est en droit, je pense, d'avoir une opinion faite au sujet des fractures du radius ; cette opinion, voici comment je la formulerai :

Réduire la fracture lorsqu'il y a déplacement, puis, la réduction obtenue, mettre un appareil quelconque, pourvu qu'il permette la surveillance incessante du membre malade.

Il faut avoir totalement oublié ces cas malheureux de malades atteints de fracture du radius qui traînent leur médecin devant les tribunaux, parce que celui-ci leur a fait perdre leur membre à la suite d'escarres, de phlegmons, etc., pour conseiller l'emploi d'appareils enveloppant la totalité du membre. Or, la double attelle, dorsale et palmaire, rentre précisément dans la catégorie de ces appareils qui ne permettent pas une surveillance suffisante du membre. En outre, ces deux attelles ne permettent pas de placer le membre dans une extension légère, ce qui est cependant une position très favorable à la guérison sans infirmité.

La réduction de ces fractures est quelquefois très difficile à obtenir du premier coup. Dans ce cas, je la fais en plusieurs temps ; pour cela, je place la main sur une attelle coudée qui met le membre dans une position telle, que les deux fragments se rapprochent petit à petit de leur direction normale.

M. Tillaux. Je suis partisan de l'attelle plâtrée palmaire avec la main légèrement fléchie. Seulement il faut réduire et maintenir la réduction.

Dans ce but, je mets l'appareil avant la réduction, puis je réduis pendant que le plâtre est encore mou ; je maintiens la réduction pendant toute la durée de la consolidation de l'appareil.

M. Trélat. Il en est, en somme, du traitement de la fracture du radius, comme de beaucoup d'autres traitements, il faut surtout être éclectique : réduire la fracture subitement quand on le peut, graduellement lorsqu'on ne peut faire autrement, et mettre un ap-

pareil immobilisateur, le plus souvent palmaire, mais quelquefois dorsal, lorsque la face palmaire de la main est le siège d'une lésion quelconque.

Rapport.

Fistules sterco-purulentes.

M. Nepveu lit un rapport sur un cas de *Fistule sterco-purulente*, présenté par M. Fontan, médecin de marine (à la Nouvelle-Calédonie).

Rapport sur une observation présentée par M. Fontan, médecin de marine : un cas de fistule sterco-purulente,

par M. G. Nepveu.

L'observation que vous a envoyée il y a quelque temps déjà M. Fontan, médecin en chef de l'hôpital Nou en Nouvelle-Calédonie, et dont vous avez bien voulu me charger de vous rendre compte, est un type de ces fistules décrites par M. Verneuil en 1874 sous le nom de fistules sterco-purulentes, que M. Blin, dans sa thèse inaugurale, désigne sous le titre : Hybride de fistules pyo-stercorales.

Ce genre de fistules diffère essentiellement des fistules stercorales proprement dites par l'existence d'une cavité plus ou moins spacieuse intermédiaire aux 2 orifices intestinal et cutané. Cette constitution anatomique tout à fait spéciale, entraîne des conséquences physiologiques remarquables sur lesquelles M. Verneuil le premier, ici même, en 1874, a appelé l'attention des chirurgiens.

La permanence de ces fistules est due à une double cause :

1° A la rétention des matières dans la cavité intermédiaire ; rétention produite par l'étroitesse de l'orifice ou des orifices fistuleux cutanés ;

2° A l'épidermisation de l'orifice du trajet intestino-cavitaire par l'épithélium intestinal.

Que faire contre une semblable lésion : ouvrir largement la cavité purulente et détruire sur le pourtour de l'orifice la couche épidermique nouvelle, afin d'en obtenir la réunion primitive ou secondaire.

Telle est la ligne de conduite qu'a proposée et suivie systématiquement M. Verneuil depuis 1874.

C'est cette méthode qui a réussi spontanément à M. Fontan, sans qu'il se fût rendu compte du mécanisme de la guérison, après avoir failli perdre son malade dans une tentative très hasardeuse d'entérorraphie.

Voici la très instructive observation de notre confrère de la marine.

Observation I. — Le condamné V..., 42 ans, est interné dans la nouvelle Calédonie depuis 1868, il s'y est toujours bien porté.

En avril 1874, il reçoit un violent coup de pied dans l'abdomen, à la suite duquel se déclara un phlegmon des parois abdominales ; quelques semaines après le malade sortait de l'hôpital, mais pour y rentrer bientôt ; puis trois années entières s'écoulèrent, marquées par des alternatives diverses de mieux relatif ou de douleurs plus ou moins vives siégeant toujours dans la fosse iliaque droite, au point primitivement lésé et toujours tuméfié.

En 1878, au milieu de la ligne qui va de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, la tuméfaction abdominale augmente de nouveau et fait pointe ; on crut y trouver de la fluctuation ; une première application de caustique suivie de 3 réapplications successives dans l'escarre incisée ouvrit un foyer de pus sanieux.

En juin 1878, à l'époque où M. Fontan prit le service, le malade crut s'apercevoir que l'orifice créé par le caustique donnait passage à des fragments alimentaires plus ou moins distincts ; toutes les hésitations se levèrent quand apparut une bouillie verdâtre, fécaloïde, des corps étrangers divers (haricots).

A cette époque, la région malade, vivement enflammée, présentait plusieurs orifices en pomme d'arrosoir.

L'état local ne s'améliorant pas, l'état général même commençant à devenir grave, devant l'émaciation progressive que subit son malade, M. Fontan procède à une série de manœuvres réparatoires qui doivent lui permettre d'intervenir chirurgicalement plus tard.

Les divers pertuis de la fistule sont réunis par une incision unique, on peut alors constater que tous aboutissent à un trajet commun, trajet qui se dirige obliquement en dedans dans l'épaisseur des parois abdominales. Le conduit principal est soumis à la dilatation par la racine de gentiane ; à travers cette ouverture la pulpe du doigt arrive donc à 4 ou 5 centimètres de profondeur à un passage étroit traversant le reste de la paroi abdominale ; on y pénètre avec peine et de là on arrive dans une cavité spacieuse dans laquelle s'ouvre à son tour l'orifice intestinal entouré d'un bourrelet formé par la muqueuse intestinale même.

Par cet orifice, M. Fontan peut introduire une sonde d'argent et lui faire suivre deux directions opposées : en bas et en dedans, en haut et en dehors. Une injection poussée dans cette dernière direction provoque presque aussitôt uneselle, on avait donc affaire à une fistule située sur le gros intestin; la sonde métallique passait facilement d'un

bout de l'intestin dans l'autre sans rencontrer la moindre cloison ; il n'était pas possible d'admettre ici l'existence d'un éperon.

Le Dr Fontan, convaincu qu'il n'y avait pas d'éperon dans l'intestin, procède à une première opération, débride l'infundibulum en cinq endroits différents, il peut alors attirer avec le doigt l'intestin en le détachant un peu des adhérences péritonéales, à l'aide de ciseaux courbes ; puis il avive la lèvre circulaire de la fistule intestinale qu'il ferme en affrontant la séreuse par renversement faisant alors la suture en piqué de Gély ; il applique ainsi cinq points de suture, plus un point séparé.

Il avive ensuite avec les ciseaux courbes toute la paroi de l'infundibulum ; pour réunir, M. Fontan fait alors deux grandes incisions libératrices courbes, longues de 12 centimètres, autour de la fistule, qui divisent la paroi abdominale jusqu'à la couche musculaire ; trois fils cirés doubles fixés sur des bâtonnets forment la suture profonde, quatre fils d'argent forment la suture superficielle.

Malheureusement pendant la nuit qui suivit l'opération, le malade fit quelques efforts de vomissements.

Le 8 décembre, c'est-à-dire deux jours après l'opération, le pansement est imprégné de matières fécaloïdes. M. Fontan détruit alors entièrement toutes les sutures, les matières reparaissent par l'orifice anormal.

Le 23, notre confrère recommence une nouvelle tentative chirurgicale sur le même plan.

Tout à coup, en décollant peu à peu l'intestin de ses adhérences, tout autour de l'anus accidentel, il sent l'obstacle céder brusquement : une déchirure admettant à peine la pulpe de l'index donne accès dans le péritoine, le chirurgien maintient malgré tout la coaptation des lèvres de cette déchirure en les comprimant entre le pouce et l'index il essaie alors de les suturer mais en vain ; ne pouvant y parvenir, il remplace la pression de ses doigts par une pince en fil de fer construite extemporairement sur le modèle des pinces à pression continue de M. Marcelin Duval ; le lendemain cette pince tombe.

Il introduit alors dans l'infundibulum jusqu'au contact de la fistule intestinale une racine de gentiane plus grosse que le pouce et complète le tamponnement par de la charpie soutenue par des compresses graduées et un bandage de corps en diachylon.

Aucun accident du côté du péritoine, l'ouverture intestinale diminue de moitié, l'état général s'améliore. Cette compression est renouvelée à plusieurs reprises, les selles se rétablissent par l'anus.

Le 1er mars, la cavité purulente et l'anus accidentel sont convertis en une simple fistule stercorale, le chirurgien avive alors la muqueuse qui tapisse le conduit pariétal et réapplique un pansement compressif.

Le 1er avril la fistule était complètement fermée.

Le malade, revu un an après, se portait parfaitement bien.

Cette intéressante observation m'a semblé mériter votre bienveillante attention à deux titres différents :

D'une part, dans son essai d'entérorraphie, M. Fontan, en essayant de décoller l'intestin à son pourtour pour en faire la suture, ouvrit le péritoine; l'opérateur, sans se laisser démonter, fabriqua sur-le-champ avec du fil de fer une espèce de clamp qui l'aida à maintenir l'intestin.

D'autre part, lorsque M. Fontan laissa son malade à lui-même, la cure spontanée survint d'une façon très rapide. Cette cure n'est pas due, ce nous semble, à autre chose qu'à l'utilisation inconsciente des préceptes proposés par M. Verneuil. M. Fontan n'avait-il pas ouvert largement la cavité purulente, n'avait-il pas avivé l'orifice profond?

Au fait de M. Fontan, permettez-moi de joindre trois autres observations que j'ai recueillies dans le service de M. Verneuil.

Obs. II (personnelle). — Belmer (Kléber), 28 ans, garçon de bureau, entre salle Michon, 41, le 15 octobre 1881.

C'est un garçon fort et robuste, qui a subi à l'âge de sept ans une opération dans le pli inguinal droit, sur laquelle il n'a pu donner aucune espèce de renseignement. D'après la cicatrice, on pourrait croire à une opération de hernie étranglée.

Depuis six à sept ans, il a une hernie, dit-il, de ce côté. Il y a quinze mois environ, sous le bandage inguinal, il serait survenu une inflammation aiguë. Il semble s'être formé là, si l'on en croit le malade, un abcès stercoral qui se serait ouvert et fermé alternativement. Il y a quatre mois, un corps étranger est sorti de l'abcès formé en ce point; il semblerait, d'après la description qu'en fait le malade, que ce corps étranger fût un calcul biliaire. Depuis lors, l'abcès se rouvre et se ferme, mais la fistule n'est pas permanente.

Actuellement, au moment de son entrée, le trajet fistuleux est très étroit, de la largeur d'une plume de corbeau environ; il est difficile d'y pénétrer avec le stylet qu'on ne manœuvre, du reste, qu'avec les plus grandes précautions. Ce n'est qu'environ dix jours après son entrée qu'on voit sortir par l'orifice fistuleux un liquide très légèrement teinté en jaune verdâtre, qu'à son odeur, qu'à ses caractères microscopiques on reconnaît comme provenant directement de l'intestin; outre quelques matériaux colorés par la matière biliaire, j'ai pu y observer des fragments de fibres musculaires. Quelques jours après, les matières fécales en nature et en assez grande quantité sortaient par l'orifice.

On avait donc affaire à une véritable fistule stercorale, mais elle n'était pas simple, et l'examen au stylet permet de reconnaître l'existence d'une cavité spacieuse entre l'intestin et la paroi; c'était une fistule sterco-purulente. Ce diagnostic devait être définitivement établi par l'opération.

Le 22 novembre, M. Verneuil pratique l'opération suivante : d'abord il fait au thermo-cautère une large ouverture de la fistule, et pénètre

ainsi dans la cavité de l'abcès au fond duquel il reconnaît facilement l'orifice intestinal.

Il cautérise très vivement les parois de la cavité purulente, de façon à la régulariser et à la transformer en un véritable entonnoir au sommet duquel se trouve l'orifice intestinal. Sur le pourtour de cet orifice qui pouvait à peine admettre le petit doigt, M. Verneuil porte aussi le thermo-cautère pour y détruire l'épithélium intestinal et favoriser ainsi l'adhésion des bords.

Ces divers temps de l'opération furent très faciles à exécuter, l'opération elle-même ne fut suivie d'aucune suite fâcheuse.

La fermeture de l'entonnoir artificiel ainsi créé marchait à souhait, et l'orifice fistuleux semblait devoir se fermer rapidement lorsque tout à coup le malade fut pris d'un accès de fièvre considérable, le thermomètre monta, sans cause explicable, à 41°.

Avec vingt-quatre ventouses, on lui fit une vive révulsion sur tout le corps ; un grand lavement purgatif le tira définitivement de ce mauvais pas ; malheureusement l'orifice fistuleux s'était largement ouvert et le bénéfice de l'opération était tout à fait perdu.

L'état général était alors très mauvais; aussi, sans faire autre chose qu'une légère cautérisation au nitrate d'argent du trajet fistuleux, M. Verneuil envoya Belmer à Vincennes. Là encore la cicatrisation fut rapide, mais à peine l'orifice était-il fermé qu'il fut pris de nouveau d'une fièvre vive. Deux petits abcès se formèrent au pourtour de l'ancien orifice fistuleux, puis tout disparut définitivement sans laisser la moindre trace.

A son départ de Vincennes, il vint nous revoir à la Pitié. On put constater que la guérison était parfaite, elle ne s'est pas démentie depuis lors, j'ai revu Belmer plus de deux ans après l'opération.

Obs. III (personnelle). — Mme Silly, née Porotice, 21 ans, entre à la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 22 (service de M. Verneuil).

Elle s'est mariée à seize ans moins trois mois. Enceinte tout aussitôt après, elle fit une chute au quatrième mois ; huit jours après survint un avortement sans suites sérieuses. Enceinte à nouveau presque aussitôt, elle éprouve un vif saisissement vers six mois et accouche à terme d'un enfant mort, que l'on sort, dit-elle, par morceaux.

En août 1875, la malade souffrait beaucoup du bas-ventre, elle croyait être enceinte à nouveau; elle présentait dans cette région, au-dessus du pubis, une tumeur qui était le siège principal de la douleur. Régulièrement arrondie, elle dépassait le pubis de trois à quatre travers de doigts ; par le toucher vaginal, on constatait que l'utérus n'était mobile qu'avec la tumeur, que cette tumeur proéminait dans les culs-de-sac vaginaux, particulièrement à gauche et en avant, la malade pouvait à grand'peine uriner.

En même temps elle avait des frissons, des vomissements, de la fièvre. Des bains, des cataplasmes et les frictions d'onguent napolitain belladoné, de l'opium, améliorèrent un peu son état, qui restait très obscur, malgré les efforts du Dr Massot, son médecin, pour chercher à préciser la nature du mal. Appelé de nouveau le 31 mai 1876, notre confrère, à

l'obligeance duquel nous devons tous ces détails, trouva la malade dans le même état, sous l'influence d'une nouvelle poussée péritonéale; les vomissements, les frissons et la fièvre avaient disparu, la tumeur elle-même s'était accrue, elle arrivait à peu de distance de l'ombilic; une vague fluctuation s'observait au point culminant sur la ligne médiane, à égale distance du pubis et de l'ombilic.

Le Dr Massot appela un de ses confrères en consultation, et tous deux s'arrêtèrent au diagnostic d'abcès péri-utérin; les douleurs se calmèrent peu à peu avec l'aide d'injections de morphine assez fréquemment répétées.

Le 3 septembre, M. Massot fit alors une ponction aspiratrice de la tumeur avec l'appareil Potain, il n'en sortit que très peu de pus; une première incision soulagea beaucoup la malade; une deuxième devint nécessaire. Le 17 janvier 1877, le Dr Massot lui fit sur la partie la plus culminante de la tumeur une application linéaire de pâte de Vienne, et le lendemain il incisa l'escarre. Des lavages dans la cavité, au moyen de sondes en caoutchouc, améliorèrent son état, lorsque tout à coup une de ces injections lui causa d'ardentes cuissons vers l'anus et le rectum; l'abcès s'était spontanément ouvert dans la cavité rectale; les règles même, assure M. Massot, s'écoulèrent à diverses reprises par le rectum avant de se faire jour par le vagin. Depuis cette époque, le Dr Massot n'a plus revu la malade.

Depuis cette époque aussi, la malade perd une partie des matières fécales par les deux orifices fistuleux créés artificiellement.

Au moment de son entrée dans le service, voici ce qu'on observe : deux fistules en cul de poule occupent la partie inférieure de l'abdomen, l'une est située sur la ligne blanche au milieu de la région sous-ombilicale, l'autre sur le milieu de la ligne horizontale qui, de l'épine iliaque supérieure gauche, tombe perpendiculairement sur la ligne blanche.

Les matières qui s'écoulent par les 2 orifices sont de nature variables. En général solides, rarement liquides, elles proviennent bien certainement du gros intestin. La malade ne peut prendre de lavements, le lait injecté par l'anus apparaît aussitôt dans les 2 fistules.

Dans la fosse iliaque, on sent enfin une tumeur dure, solide, arrondie à droite; à gauche, un gâteau douloureux assez étendu; si l'on explore les 2 trajets fistuleux, on tombe sur une cavité spacieuse qui n'est pas l'intestin.

L'état général est bon, la digestion est parfaite, elle est bien réglée, bien qu'elle soit un peu pâtée.

Le 3 novembre 1880, M. Verneuil se décide à ouvrir la cavité purulente à l'aide du thermo-cautère; il cautérise ensuite l'orifice intestinal profond et la cavité de l'abcès, dans l'espoir de provoquer la formation d'un tissu de granulation assez abondant, pour amener la réunion immédiate secondaire.

La cautérisation semble produire les effets attendus. Le 23, les selles sortent par l'anus; le 28 novembre, M. Verneuil fait une nouvelle cautérisation de l'orifice intestinal et du pourtour de la cavité dans le but de détruire l'épiderme qui s'est reformé; il emploie, à cet effet, l'acide

sulfurique. Deux semaines après, on répète la même opération sans plus de succès; l'épiderme se reproduit avec une facilité étonnante. Puis cette cautérisation avec l'acide sulfurique est répétée à nouveau peu après. Le 7 janvier, M. Verneuil emploie le thermo-cautère; le 25 janvier, l'acide sulfurique est de nouveau employé; les bourgeons charnus sont peu vivaces; des mèches simples avec une pommade épispastique ne peuvent réveiller la prolifération cellulaire; la plaie s'élargit à nouveau. Le 8 février, tout ce qui a été gagné est perdu. On fait de vains efforts pour remonter la malade, qui, après de nouvelles cautérisations sans résultats favorables, finit par sortir de l'hôpital le 10 avril 1881, après être restée 174 jours à la Pitié. Son état était cependant amélioré. Je n'ai pu, malgré tous mes efforts, avoir de ses nouvelles; elle habite Perpignan et avait eu, avec M. Massot, qui l'avait soignée avec le plus grand dévouement, des démêlés si singuliers que notre confrère ne pouvait plus s'occuper d'elle; elle l'accusait d'avoir scié sa fistule.

Obs. IV (personnelle). — F. Antoine, 46 ans, employé aux omnibus, entre dans le service de M. Verneuil le 10 janvier 1882 pour une fistule sterco-purulente, facile à reconnaître. M. Verneuil débride l'orifice externe de la fistule, tombe sur l'orifice profond qu'il cautérise légèrement. Le malade guérit rapidement et sort du service le 15 février 1882.

J'ai écrit à sa famille pour en avoir des nouvelles; j'appris qu'en sortant de la Pitié il était retourné à Belfort; mais que, 4 mois après, il serait revenu à Paris pour se faire soigner à nouveau d'un abcès dans la même région. Le chirurgien à qui il s'était confié aurait incisé l'abcès et y aurait placé un tube à drainage. Il est retourné peu après à Belfort, et il y serait mort dans des souffrances atroces, avec des vomissements fécaloïdes dont nous ne savons pas exactement la nature. En résumé, voici 4 observations avec 2 succès complets : une amélioration notable, et une récidive.

Les anciennes méthodes de traitement, la suture, l'autoplastie, auraient été certainement impuissantes. Les procédés d'entérorraphie de M. Gosselin, de Malgaigne, ne sont pas faciles à appliquer, et peuvent avoir leurs dangers, comme le montre l'observation de M. Fontan. Une méthode plus nouvelle, la laparotomie avec entérorraphie, ne doit être regardée que comme une méthode tout à fait exceptionnelle. Polano[1], Czerny[2], Loose[3], qui ont employé l'entérorraphie pour des fistules stercorales simples, ont eu tous des succès (4 guérisons sur 4 opérés).

M. Julliard[4], le seul qui, jusqu'ici, à notre connaissance, ait appliqué la même opération à une véritable fistule sterco-purulente, a eu de même un brillant succès. Plus exceptionnelle encore serait la résection de l'intestin, comme l'ont fait Max. Schede et Esmarch[5]. Et cependant,

[1] Polano, *Heilungen* en 1854, p. 30, et *Centr. für Chirurgie*, 1877, p. 545.

[2] Czerny, *Beiträge für Chirurgie*, 1878, p. 28, et *Centralblatt*, 1877.

[3] Loose, *Wiener med. Woch.*, 1880.

[4] Juliard, *Revue de la Suisse Romande*, 1881.

[5] Shede et Esmarch, *Centralblatt für Chirurgie*, 1879.

l'on comprend parfaitement qu'elle soit indiquée, lorsque la perte de substance de l'intestin est assez large pour faire craindre un rétrécissement cicatriciel par le procédé de M. Verneuil.

En résumé, la méthode de choix, celle qui doit être essayée avau toutes ces dernières, semble toujours devoir être celle à laquelle M. Verneuil a attaché son nom. N'a-t-elle pas pour elle les trois qualités nécessaires à toute bonne opération : efficacité, bénignité, facilité?

Discussion.

M. Després. Le dernier des malades dont M. Nepveu vient de nous parler est entré dans mon service, peu de temps après être sorti de Vincennes, où il avait été envoyé comme guéri. Une récidive s'était produite, il s'était formé une nouvelle fistule communiquant avec une vaste cavité anfractueuse, occupant la presque totalité de la fosse iliaque. L'état général de ce malade était des plus mauvais; considérant sa situation comme désespérée, je me bornai à lui drainer sa cavité purulente, et je l'envoyai mourir dans son pays.

C'est qu'en effet ces fistules, lorsqu'elles ont une certaine profondeur, peuvent être considérées comme incurables.

M. Berger. Je crois, en effet, qu'il importe de faire la distinction signalée par M. Nepveu dans son rapport, entre les fistules stercorales proprement dites, celles par exemple qui sont la conséquence d'une hernie étranglée, et les fistules pyo-stercorales qui succèdent à un abcès ouvert à la fois à la peau et dans l'intestin.

Les premières sont parfaitement justiciables d'opérations anaplastiques, sutures intestinales ou autres; mais il en est toutautrement des secondes, ainsi que cela a été démontré en particulier dans une thèse de Poloson sur ce sujet.

Tout récemment, faisant l'autopsie de malades atteints de fistules de cette seconde variété, j'ai pu apprécier avec la plus grande netteté la nature des différences qui existent entre ces deux variétés.

Dans mon premier cas, il s'agissait d'un malade atteint d'une de ces fistules; je fis un débridement considérable, pour essayer de me rendre compte de l'état des parties, mais je ne pus y arriver.

Dans ces conditions, j'abandonnai toute idée d'intervention plus active, et le malade mourut cachectique.

Je pus constater alors que toute la fosse iliaque droite était transformée en une vaste cavité confractueuse, suppurante, aux parois delaquelle l'intestin adhérait sur une large surface au moyen d'adhérences solides et résistantes. Il eût certainement été impossible de détacher ces adhérences et d'attirer l'intestin au dehors pour faire une entérorrhaphie.

J'observai la même chose chez une jeune fille, morte également à la suite d'une de ces fistules. La cavité suppurante était peut-

être moins étendue, mais les adhérences étaient tout aussi solides, tout aussi multipliées, et certainement il eut été impossible de tenter une opération quelconque, ayant pour but de dégager l'intestin et d'oblitérer l'orifice par lequel il communiquait avec la cavité de l'abcès.

Dans ces conditions, je suis convaincu, moi aussi, qu'il faut renoncer aux entérorrhaphies lorsqu'il s'agit de fistule pyo-stercorale, et que l'on doit se borner à simplifier le trajet et à en modifier les parois par la cautérisation.

M. Verneuil. Il y a dix ans que j'ai établi la différence clinique des fistules stercorales et des fistules sterco-purulentes désignées aussi par quelques-uns sous le nom de fistules pyo-stercorales.

Ce n'est pas, comme on avait paru l'admettre jusqu'alors, l'étendue de la fistule appréciable à l'extérieur qui fait la différence, mais bien la structure anatomique, différente dans les deux cas.

Avec les fistules stercorales proprement dites, l'intestin, très voisin de la peau, à laquelle il se soude, souvent est directement accessible aux moyens chirurgicaux, tandis qu'il en est tout autrement avec les fistules sterco-purulentes. L'intestin, séparé de la peau par une cavité purulente plus ou moins vaste, fortement adhérent aux parties voisines, échappe à notre action directe.

Dans ces conditions, j'ai proposé de ne pas s'occuper directement de l'intestin, de débrider les parties superficielles, et à l'aide de cautérisations faites à l'aide du thermo-cautère de transformer la cavité purulente en un véritable entonnoir qui se recouvre ultérieurement de bourgeons charnus de bonne nature. Je détruis en outre les bords de la fistule intestinale, ainsi mise à découvert, afin d'enlever l'épithélium qui la recouvre, et je compte sur la rétraction inodulaire pour amener l'oblitération définitive.

Grâce à ce procédé, que je considère comme préférable à tous les autres dans certains cas donnés, j'ai obtenu d'excellents résultats.

En ce qui concerne le malade auquel M. Després vient de faire allusion, et qui était sorti de son service, il est probable que la récidive de sa fistule doit être attribuée à son mauvais état général. Ce n'est pas tout qu'une plaie se cicatrise, il faut encore que la cicatrice persiste ; or, cette persistance exige toujours que le malade n'ait pas une santé par trop délabrée.

M. Després. Le procédé de M. Verneuilne s'applique qu'à des cas exceptionnels, alors que le trajet purulent n'est ni trop étendu, ni trop anfractueux, ainsi, par exemple, que cela a lieu à la suite de l'issue, au travers des parois abdominales, d'un corps étranger arrêté dans l'intestin.

Lorsqu'il en est autrement, quand le trajet est fistuleux et très compliqué, ainsi que cela avait lieu pour le malade de M. Verneuil entré dans mon service, on peut considérer la lésion comme incurable, et l'on doit se borner à l'emploi des palliatifs. Les cas de ce genre ont la plus grande analogie avec les abcès de la fosse iliaque ouverts dans le cœcum, et qui sont, comme l'on sait, au-dessus des ressources de l'art.

M. Gillette. Je partage absolument l'avis de M. Després, et je crois, moi aussi, que l'ingénieuse opération que nous propose M. Verneuil ne peut réussir quo dans certains cas déterminés *à ouverture pyo-stercorale unique*, cas qu'il est le plus souvent impossible de reconnaître avant l'opération et de distinguer de ceux où il existe des *ouvertures multiples* de l'intestin avec la grande cavité d'entrée.

C'est ainsi que j'ai observé un fait analogue à celui que nous a rapporté A. Berger. Il s'agissait d'un abcès de la fosse iliaque gauche, ouvert à la fois à la peau et dans l'S iliaque. La fistule consécutive à ces ouvertures remontait à quatre ou cinq mois. Une sonde pouvait y être introduite à une profondeur de 22 à 23 centimètres, et l'on se rendait compte qu'elle pénétrait dans une grande cavité anfractueuse, pleine de pus et de matières stercorales. Dans ces conditions, je jugeai toute intervention inutile, et la malade mourut d'épuisement.

L'autopsie prouva que j'avais eu raison. Toute la fosse iliaque formait une vaste poche anfractueuse dont les parois étaient formées par l'S iliaque et par plusieurs anses intestinales agglomérées en une sorte de magma et communiquant avec la poche précédente par des ouvertures multiples.

M. Verneuil. Il est certain qu'il y a des cas tout à fait incurables, et nous n'en savons rien d'avance ; mais est-ce une raison pour ne rien tenter, je ne le crois pas, étant donné surtout les quelques succès définitifs que j'ai obtenus.

D'ailleurs, l'opération en elle-même est inoffensive, et même si elle ne guérit pas, elle améliore l'état du malade.

Qu'arrive-t-il, en effet ? On se trouve en présence d'un orifice fistuleux étroit, qui donne lieu à un écoulement de pus et de matière stercorale ; l'indication formelle est d'ouvrir, quelle que soit la nature du mal. Cela fait, on voit à quoi l'on a affaire, et l'on se conduit en conséquence.

M. Després nous dit que les abcès de la fosse iliaque ouverts dans l'intestin sont incurables, il me permettra de ne pas être de son avis. Nous avons tous observé, en effet, la guérison spontanée d'un certain nombre de ces abcès.

M. Martel (de Saint-Malo), membre correspondant, lit la note suivante dans laquelle il consulte la Société sur la conduite à tenir à propos d'un cas de *tumeur du cou* qu'il suppose être un *anévrisme du tronc brachio-céphalique*.

Je désire, dit-il, consulter la Société sur la conduite à tenir au sujet d'un malade dont je vais brièvement vous exposer l'histoire.

C'est un homme de 55 ans environ, marin. Il a contracté dans l'Inde, il y a vingt ans environ, la dysenterie, puis des chancres multiples, qui ne paraissent pas avoir laissé de traces infectieuses,

Il y a 4 ans, il tomba à la mer ; très effrayé par les requins, il est resté sujet à des attaques épileptiformes, plus fréquentes à terre, mais n'a pas cessé la navigation.

Il y a huit mois environ, il fit naufrage sur les côtes de Terre-Neuve. Il se démit l'épaule droite ; huit jours après, il s'aperçut d'une tumeur à la base du cou à droite, et sa voix parut et demeura altérée.

Les attaques convulsives, dont la dernière avait eu lieu deux mois avant ce naufrage, n'ont pas reparu.

Cet homme est entré dans mon service il y a deux mois environ,

Il porte au cou une tumeur, dont la partie accessible a le volume de la moitié d'une grosse noix coupée perpendiculairement au grand diamètre.

Elle siège en arrière de l'articulation sterno-claviculaire droite, derrière laquelle elle se perd; la partie libre, assez régulièrement arrondie, est recouverte par les insertions claviculaires internes, et surtout sternales, du muscle sterno-mastoïdien, qu'elle déborde en dedans.

L'intervention chirurgicale peut se faire sous trois formes :

1° La compression directe qui me paraît inapplicable, à cause de l'intolérance du sujet, et de plus d'une efficacité plus que douteuse dans l'espèce ;

2° La ligature par la méthode d'Hunter me paraît condamner un principe pour le tronc brachio-céphalique, puisque, à ma connaissance, elle a toujours été suivie de mort, le plus souvent très rapide.

La ligature par la méthode de Brasdor, entraînerait ici une double opération, portant sur les deux grosses artères émergentes. Si grave que soit cette opération elle est pratiquable, et mérite par conséquent les honneurs de la discussion.

3° Reste enfin la méthode de traitement qui consiste à chercher la production de caillots dans le sac, en particulier au moyen de l'acuponcture et surtout de la galvano-poncture. Ce moyen, qui a donné des succès dans les anévrismes de l'aorte, pourrait être employé ici assez logiquement, bien que condamné par quelques

auteurs ; en le faisant précéder de la ligature de la carotide primitive, on favoriserait son action curative, en se mettant à l'abri du transport des caillots vers le cerveau.

Présentation de malade.

M. Robin (de Lyon) présente un malade atteint de genu-valgum double qu'il doit opérer lundi prochain, dans le service de M. Trélat, à l'hôpital Necker. M. Robin donnera l'observation complète de son malade en le présentant de nouveau après guérison.

Il se propose de l'opérer, dans une même séance, des deux côtes, suivant la méthode d'ostéclasie sus-condylienne qu'il a créée. Il brisera le fémur d'arrière en avant. Dans ses premiers essais, il agissait latéralement, et il est encore des cas spéciaux où il croit devoir user de ce procédé; mais de nombreuses expériences lui ont démontré dès le principe les avantages considérables qu'il y avait à fracturer ainsi d'arrière en avant, et cela sans crainte de blesser les nerfs ou vaisseaux du creux poplité, attendu qu'un tel accident ne peut avoir lieu, ni dans l'application par un collier, de la force sur les condyles du fémur, les condyles s'y opposent ; ni par les fragments de la fracture, elle est toujours sous-périostée ; ni par des esquilles qui ne se produisent jamais quand on fracture ainsi le fémur d'arrière en avant. Que si chez les vieillards, tout à fait exceptionnellement opérables, il se fait quelquefois une esquille en avant, il n'est pas possible qu'elle puisse porter sur les vaisseaux.

M. Robin, s'appuyant sur 87 opérations heureuses, ose promettre la guérison du malade qui est sous les yeux de la Société de chirurgie sans que l'ostéoclasie soit suivie d'hydarthrose des genoux, de gonflement même au niveau de la fracture ou de douleur. Trente ou trente-cinq jours suffiront pour la consolidation complète et la guérison absolue.

Je ne puis trouver la sous-clavière qu'à une distance de plusieurs centimètres en dehors. En haut, en dehors et en arrière la carotide interne peut être suivie très près de la tumeur avec laquelle j'ai cru constater sa continuité.

La percussion donne au-dessous de la tumeur une sonorité semblable à celle des parties voisines, et il n'est pas possible qu'elle envoie un prolongement volumineux vers l'aorte.

Elle est animée de battements avec expansion très nette, ne permettant pas de croire à un simple soulèvement par un gros vaisseau voisin.

L'auscultation fait constater un double bruit, isochrone avec les deux bruits du cœur, mais sans souffle appréciable.

En revanche, il y a au cœur, à la base et au 1er temps un bruit de souffle court et rude, qui ne se transmet pas vers la tumeur.

Les mouvements du cœur sont réguliers, d'une fréquence ordinairement normale, mais augmentés parfois dans les accès de palpitations douloureuses.

Le volume du cœur n'est pas sensiblement augmenté.

J'ai cru constater une diminution dans la force des mouvements artériels à droite, soit à la radiale, soit à la temporale; mais toutefois cette différence n'était pas assez nette pour ne pas laisser place au doute.

La tumeur n'est pas douloureuse au toucher, mais une compression suffisante pour la déprimer entraîne une sensation horriblement pénible d'angoisse.

Il y a par moments, et surtout pendant les palpitations, une douleur très vive dans la région temporale.

Une autre douleur vers l'épaule, calmée depuis l'entrée du malade, était attribuée par lui au traumatisme, mais il m'a semblé qu'elle augmentait aussi avec les troubles vasculaires.

Enfin, la voix est altérée, aphone dans les conditions ordinaires d'émission ; le malade obtient par l'effort une voix de tête, aiguë, assez inégale, qui semble le fatiguer, et qui est désagréable à entendre.

Le traitement a consisté dans l'administration de la morphine, dirigée surtout contre les palpitations douloureuses ; l'iodure de potassium, mal supporté d'abord, et interrompu bientôt, puis repris un peu plus tard.

Les injections d'ergotine ont paru avoir un effet sédatif mais ont entraîné des vertiges pénibles, surtout quand on employait en même temps des doses relativement élevées de morphine.

Mon diagnostic est donc : tumeur anévrismale, ayant pour siège la partie supérieure du tronc brachio-céphalique, et peut-être l'origine de la carotide primitive séparée de l'aorte au moins par un collet, et communiquant par une large ouverture avec le vaisseau dont elle tire son origine.

Quelle est la conduite à tenir : l'amputation simple nous conduit fatalement à une issue funeste peu éloignée.

Présentation de malade.

M. Polaillon présente un homme à qui il a pratiqué la restauration autoplastique complète de l'aile du nez qui avait été détruite par sphacèle à la suite de coup de pied de cheval.

Restauration complète de l'aile du nez droite, par M. Polaillon.

Ce malade, homme de 54 ans, garçon marchand de chevaux, a reçu, en 1872, un coup de pied de cheval sur la face. Il en est résulté une large plaie contuse avec sphacèle de l'aile du nez. Après la réparation de cette blessure, il y eut plusieurs cicatrices à la face et une perte complète de la narine droite, qui gênait le malade pour le fonctionnement des narines et qui produisait surtout une difformité tout à fait désagréable.

Je fis la restauration en deux temps.

Le 12 février 1884, je pris un lambeau triangulaire sur la portion droite du dos du nez, en faisant remonter les incisions jusqu'au voisinage du grand angle de l'œil. Je disséquai ce lambeau qui resta attaché à la joue par sa base, puis je le fis glisser de haut en bas et je le fixai à la pointe du nez, de manière à former avec sa substance une nouvelle aile du nez.

Réunion par première intention.

Cette première opération réussit assez bien au point de vue de la conformation intérieure, mais elle avait considérablement rétréci la narine droite, qui n'admettait plus qu'une sonde de 5 à 6 millimètres.

La deuxième opération, faite le 11 mars, a eu pour but d'agrandir la narine.

J'incisai la nouvelle aile du nez au niveau du sillon naso-génien ; puis, après avoir disséqué sur la joue, à un centimètre en dehors de cette incision, un petit lambeau que je fis glisser en dedans pour le suturer sur la paroi interne de la narine, je suturai l'aile du nez, qui était détachée, sur la surface saignante de la joue, en dehors du petit lambeau cutané dont je viens de parler.

Sauf dans un petit point, il y eut une réunion par première intention.

Comme je le fais habituellement pour les restaurations de la face, toutes les sutures ont été faites avec du crin de Florence.

En somme, par ces deux opérations successives, le lambeau qui

reforme l'aile du nez a été complètement détaché du dos du nez et de la joue pour être transporté à la place qu'il occupe actuellement.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

P. GILLETTE.

Séance du 18 mai 1884.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. NICAISE offre un mémoire de M. le professeur SALTYMANN, de Helsingforr, sur l'*opération d'Estlander* (Rapporteur, M. NICAISE);

3° M. DE SAINT-GERMAIN offre son ouvrage de *clinique des maladies des enfants ;*

4° M. MARTEL (de Saint-Malo), adresse une lettre dans laquelle il donne, au sujet du malade dont il a parlé dans la dernière séance, quelques renseignements complémentaires mettant hors de doute, selon lui, le diagnostic d'anévrisme du tronc brachio-céphalique.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que MM. Sampson Gamgee (de Birmingham), membre correspondant étranger, Azam (de Bordeaux), Parise (de Lille), Vibert (du Puy), membres correspondants nationaux, assistent à la séance.

M. VERNEUIL donne à la Société des nouvelles de M. LE DENTU, à qui il a pratiqué jeudi dernier, non pas l'opération d'Estlander proprement dite, mais la résection partielle de deux côtes, avec le concours de MM. Bouilly, Berger, Lannelongue et Th. Anger, et en présence de MM. Damaschins, Besnier et Legroux. L'opération a été simple ; après avoir débridé largement le trajet fistuleux long

de 10 centimètres et étroit qui, d'abord parallèle au thorax, se réfléchissait ensuite, il a réséqué 8 centimètres de la 8e côte et 7 centimètres de la 7e. Pénétrant alors au fond le doigt armé du bistouri, il a pu débarrasser la face interne de ce trajet de toutes les fausses membranes très résistantes qui le tapissaient. Ces dernières, à peine vasculaires, pouvaient être comparées au feuillet pariétal des hématocèles ou aux callosités de certains ulcères de la jambe. Les plus épaisses avaient au moins de 15 à 18 millimètres d'épaisseur. On a pansé ensuite avec la gaze iodoformée. L'état général de notre collègue est excellent, et tout permet d'espérer qu'une bonne granulation va s'établir et que la guérison cette fois ne se fera pas attendre.

M. le Président. Je remercie, au nom de tous les membres, M. Verneuil des détails qu'il a bien voulu nous communiquer, et je crois être l'interprète de toute la Société en le priant de transmettre à M. Le Dentu l'assurance de toute notre sympathie, et de lui dire que nous avons appris avec plaisir la nouvelle que son état était aussi satisfaisant que possible.

A propos du procès-verbal.

FISTULES PYO-STERCORALES.

M. Trélat. Dans la dernière séance, M. Verneuil nous dit que la méthode qu'il a employée pour guérir les fistules stercorales lui a donné d'excellents résultats. Je ne conteste pas que cela soit possible dans certains cas fort simples, mais je doute qu'il en soit de même dans les cas compliqués, les plus fréquents de tous. Les observations de M. Verneuil viennent, d'ailleurs, à l'appui de mon dire, puisque sur trois opérés nous ne voyons qu'un seul succès. Tel est aussi le cas rapporté par M. Berger à la dernière séance.

Dans ces conditions, je crois que s'il est juste de dire que le procédé de M. Verneuil a ses indications, il ne l'est pas autant de dire que c'est là une méthode de choix. Dans certains cas, c'est à l'entérotomie que l'on devra avoir recours ; dans d'autres, nous serons obligés de nous abstenir parce que l'anfractuosité du trajet, la multiplicité des fistules, etc., sont telles que la maladie peut être considérée comme au-dessus des ressources de l'art.

M. Verneuil. Je n'ai pas donné le procédé de traitement dont il s'agit comme une méthode générale devant être utilisée à l'exclusion de toute autre. J'ai déclaré que c'était un procédé apte à guérir un certain nombre de fistules sterco-purulentes, mais je n'ai jamais prétendu qu'il permettait de les guérir toutes.

M. Gillette. J'ai dit, dans la dernière séance, à l'occasion du rapport de M. Nepveu, qu'il était presque impossible de savoir d'avance quand on a affaire à une fistule pyo-stercorale, si la communication de l'intestin ou des intestins avec la cavité anfractueuse est unique ou multiple. J'ai déjà cité un cas à l'appui de ce dire et je puis de nouveau en fournir un autre que j'ai observé cette année à l'hôpital Tenon.

Ce fait est relatif à une jeune fille de 18 ans chez laquelle une pérityphlite suppurée s'était terminée par une fistule communiquant avec une vaste cavité de la fosse iliaque où venait s'ouvrir l'ampoule cœcale. J'étais assez disposé à débrider largement la poche à l'aide du thermo-cautère ; mais, toute réflexion faite, je m'abstins, et à l'*autopsie* je trouvai non seulement une communication du cœcum avec la cavité anfractueuse ; mais deux autres perforations de l'iléon s'ouvrant dans cette même cavité, toute opération eût été inutile.

Depuis 1875, j'ai eu à soigner 4 fistules pyo-stercorales et deux fois il y avait ouvertures multiples de l'intestin ; dans les deux autres l'autopsie n'a pas été faite. J'en conclus que dans beaucoup de ces cas l'intervention me semble illusoire à cause de la multiplicité des ouvertures de l'intestin dans la poche centrale.

Présentation de malade.

FRACTURE DU RADIUS.

M. Després présente un malade atteint de fracture du radius et portant encore en place l'appareil de Nélaton. Il faut remarquer que le malade n'a conservé aucune raideur dans les mouvements.

Communication.

Éponge antiseptique.

M. Sampson Gamgee (de Birmingham), *membre correspondant*, présente une nouvelle éponge chirurgicale.

Cette éponge, composée de fibres de coton mêlées à des fibres de coco, est entourée d'une gaze très fine et s'imbibe avec la plus grande facilité des liquides que l'on met en contact avec elle ; la modicité de son prix permet de la brûler aussitôt qu'elle a servi une première fois.

Pour la rendre antiseptique au moment de s'en servir, l'auteur a imaginé de placer à son centre une petite ampoule en verre très

mince, contenant un liquide antiseptique, et que l'on brise à la moindre pression. Le liquide se répand alors dans la trame de l'éponge et l'imbibe.

Rapport

Congrès des chirurgiens de langue française.

M. Pozzi, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Verneuil, Trélat, Chauvel et Horteloup, lit un rapport sur une proposition de M. le Dr Demons (de Bordeaux), relative à *la création d'un congrès annuel de chirurgiens de langue française.*

M. Pozzi. Au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Trélat, Horteloup, Chauvet et moi, je viens vous présenter le rapport dont vous nous avez chargé. Il a pour objet, vous vous en souvenez, l'idée émise par le Dr Demons dans une lettre qu'il vous a adressée ; notre collègue exprimait le désir qu'il fût créé un *Congrès annuel de chirurgiens français*, et proposait à la Société de chirurgie de Paris d'en prendre l'initiative. Votre commission a pensé qu'il était nécessaire de rechercher successivement devant vous :

1° L'utilité d'une pareille institution.

2° Le rôle qu'il conviendrait à votre Société de prendre dans son organisation.

Tels sont les deux points que nous allons brièvement soumettre à votre jugement.

La chirurgie a subi, dans ces dernières années, un véritable mouvement décentralisateur. Naguère encore, sauf de rares exceptions, dans les grandes villes munies d'hôpitaux importants, c'était à Paris que se trouvait réunis ceux qu'on pouvait appeler les chirurgiens de profession. En province, les médecins ne cultivaient cette branche de l'art que d'une manière occasionnelle et fortuite, se bornant le plus possible aux opérations d'urgence et faisant appel aux maîtres de la capitale toutes les fois qu'ils le pouvaient. Il n'en estplus ainsi aujourd'hui. D'une part, les opérations d'urgence ont augmenté dans une proportion énorme sous l'influence des chemins de fer, des grandes exploitations industrielles, mines, usines, fabriques, partout répandues.

D'autre part, les progrès si remarquables de la chirurgie ont séduit nombre de praticiens qui, autrefois, n'auraient pas osé hasarder leur réputation sur un terrain si périlleux. C'est aux méthodes modernes et surtout aux procédés antiseptiques que nous devons cette véritable révolution. Désormais, tout médecin de province quelque peu instruit ose prendre un bistouri, sans trembler comme jadis devant les conséquences possibles de son audace. L'hémorragie et l'infection purulente, ces deux spectres qui hantaient jadis l'esprit de ses devanciers — et dont l'apprehension a causé certainement des milliers de victimes en

empêchant une intervention active et opportune — ces deux fantômes redoutables ont aujourd'hui disparu, chassés par Esmarch et Lister, sans parler des autres initiateurs contemporains. Faut-il le répéter ? Nous avons même entendu soutenir que d'un excès nos estimables confrères de province risquaient presque maintenant de tomber dans un autre : *In vitium ducit culpæ fuga, si caret arte ;* qu'à la défiance extrême pourrait bien succéder une confiance exagérée ; que le nombre des ovariotomistes, hystérectomistes, ostéotomistes improvisés, etc., risquait de s'accroître d'une manière excessive. Voilà, messieurs, ce qu'on a pu nous dire, mais (croyez-le bien), sans que nous ayons voulu prêter l'oreille à de pareils propos. L'eussions-nous fait, d'ailleurs, que l'enseignement tiré de ces exagérations mêmes viendrait à l'appui de la thèse que nous allons soutenir devant vous et démontrerait à lui seul l'utilité d'un congrès où seraient recueillis, appréciés et parfois jugés, les nombreux matériaux dus à l'activité de nos confrères des départements.

Ce n'est pas tout : il convient d'ajouter aux causes déjà signalées de ce mouvement de décentralisation, la création et le succès de Facultés nouvelles à Lyon, à Bordeaux, à Lille, à Nancy, le niveau élevé où se maintient la vaillante faculté de Montpellier ; on ne saurait méconnaître non plus le rôle considérable de l'École de médecine de Genève, où, parmi les professeurs les plus éminents, nous comptons avec fierté tant d'élèves de nos hôpitaux ; enfin, on ne peut oublier les travaux distingués publiés en langue française par nos confrères de Belgique et de Hollande.

Donc, à côté du centre germanique qui fait des efforts pour tout absorber, il existe, nous avons le droit de le dire bien haut, un grand foyer scientifique formé par la France, et les pays de langue française dont les éléments, un peu disséminés jusqu'ici, seraient facilement réunis et concentrés autour de vous.

Est-il besoin d'énumérer ces éléments ? Sans parler de vos propres travaux, le nombre et l'intérêt des communications qui vous sont adressées par vos correspondants nationaux, l'importance prise par les Bulletins des Sociétés savantes des départements ou des pays de langue française, le développement de la presse médicale dont les organes se multiplient sans cesse, ne voilà-t-il pas d'assez nombreux indices mouvement progressif de la chirurgie française ?

L'organisation de notre Société de chirurgie de Paris assure aux recherches de tous ses membres une notoriété rapide et étendue. Il n'en est pas de même des travaux faits hors de la capitale. Certes, il n'est aucun d'entre eux qui ne soit, s'il a quelque valeur, tôt ou tard signalé par la presse à l'attention du public médical tout entier sous forme d'analyse ou d'indication bibliographique. Il n'en est pas moins vrai que, faute d'une grande publicité, nombre d'entre eux restent parfois assez longtemps plus ou moins cachés dans les comptes rendus d'une Société ou la collection d'un journal suffisamment connus. Ce manque de notoriété n'a pas seulement pour effet de retarder la connaissance de recherches originales — elle peut décourager leurs auteurs.

Un congrès qui les mettrait au grand jour aurait donc une utilité incontestable. De plus, il favoriserait à un haut degré l'échange des idées et l'unification de leur mouvement. A toute époque il y a des questions qui sont particulièrement à l'étude, et qui demandent une communauté d'efforts et une sorte de direction uniforme dans le mode de recherches. C'est le rôle des Compagnies savantes, Sociétés, Associations et spécialement des Congrès, de diriger vers un même but ces forces diverses, et de les empêcher de s'éparpiller ou de se dévoyer. L'institution projetée aurait un immense avantage pour tous les travailleurs isolés, en mettant chaque année à son ordre du jour les sujets les plus actuels de la chirurgie. Qui sait même si de cette communauté d'efforts et de cette unité de direction ne naîtrait pas un grand mouvement qui donnerait à la chirurgie française un caractère plus défini et une influence efficace.

Mais, messieurs, qu'est il besoin d'insister sur les avantages des congrès scientifiques? L'expérience n'est-elle pas faite à l'étranger par de nombreux précédents: l'Association médicale britannique, le Congrès des chirurgiens allemands, et dans un cadre plus restreint, le Congrès de gynécologie et la Société d'ophtalmologie d'Heidelberg, dont l'exemple vient si heureusement de donner naissance au Congrès annuel de la Société française d'ophtalmologie?

Le grand succès de l'Association française pour l'avancement des sciences, les services incontestables qu'elle rend tous les ans aux diverses branches qui y sont représentées, plaident dans le même sens. Dira-t-on que l'existence d'une section des sciences médicales à chacune de ses sessions rend inutile la création d'un Congrès de chirurgie? Cette objection ne saurait se produire; il suffirait, en effet, pour la réfuter, de faire remarquer que l'Association est essentiellement encyclopédique, qu'elle ne fait qu'une place très restreinte à la chirurgie dans une seule de ses sections, consacrée elle-même à l'ensemble des sciences médicales. Enfin, le choix des villes où se tiennent les sessions, indépendant de toute préoccupation d'ordre médical, empêche la très grande majorité de nos confrères de pouvoir songer à suivre régulièrement les réunions annuelles de cette Association.

De ces considérations préliminaires, messieurs, votre commission a tiré cette première conclusion : la création d'un *Congrès de chirurgie française* serait éminemment utile, et rien n'existe actuellement qui en diminue l'importance ou l'opportunité.

Nous devons maintenant aborder la seconde question : Quel rôle doit prendre la Société de chirurgie dans cette création nouvelle?

Risquons-nous, en nous mettant à la tête d'un pareil mouvement, de lui enlever en quelque mesure son indépendance, son autonomie, en assumant d'emblée une prépondérance qui ne serait pas sans blesser certaines susceptibilités ? Enfin, nous plaçant à un point de vue différent et plus personnel, ne devons-nous pas craindre d'engager notre responsabilité outre mesure dans cette entreprise?

Il suffit, messieurs, pour anéantir ces craintes, de définir exactement

le rôle qui vous serait dévolu. Pour qu'une institution pareille naisse, il faut qu'elle passe, pour ainsi dire, par une phase de formation et par une *période embryonnaire* qui précède sa constitution définitive. Or, on ne vous demande pas d'accepter la tutelle du nouveau-né, mais seulement de le mener à terme; car, par un privilège spécial de ces êtres collectifs, il doit être émancipé aussitôt après sa naissance, dès qu'un *Bureau définitif* aura remplacé le *Bureau provisoire* formé par le *Comité d'organisation* qu'on vous sollicite de nommer.

A ceci, en effet, se réduirait l'œuvre personnelle de notre Société : transformation de votre commission d'examen en une *Commission d'initiative* ou *Comité d'organisation.* Ce Comité aurait pour tâche :

1° De rédiger les statuts et règlements provisoires du futur Congrès ;

2° De faire appel, par l'intermédiaire des journaux médicaux et par circulaire spéciale, à tous les *chirurgiens français;* par ce mot nous entendrions tous les chirurgiens *de langue française*. Il n'est pas besoin de nommer les Alsaciens-Lorrains, que nous ne séparons pas des Français. Mais, en outre, nous voudrions que le Congrès comprît parmi ses membres les Suisses, les Belges, les Canadiens, etc. Il pourrait aussi adresser des invitations à des chirurgiens étrangers voulant faire leurs communications en français. Enfin, messieurs, il ne faut pas avoir voyagé en Hollande, en Suède, en Pologne, en Russie, en Hongrie, en Roumanie, etc., pour ne pas savoir avec quel empressement de pareilles invitations seraient accueillies dans une grande partie de l'Europe;

3° La commission d'organisation aurait à se préoccuper de la *cotisation* des membres, de la *date fixe* des réunions annuelles et du *lieu* de la première réunion. Ces points devraient être arrêtés dès qu'un nombre d'adhésions suffisant permettrait de considérer la réunion du premier Congrès comme assurée.

Voilà, messieurs, esquissée à grands traits, la mission que vous donneriez à ceux d'entre vos membres que vous nommeriez à cet effet. Certes, bien d'autres questions subsidiaires devraient être agitées et résolues par le *Comité d'organisation*, mais aucune, nous semble-t-il, n'offrirait de difficultés insurmontables. Dès la première séance du Congrès, ce Comité, faisant fonction de Bureau provisoire, provoquerait l'élection d'un Bureau définitif. Le Congrès, dès lors, serait régulièrement constitué; du même coup prendrait fin le rôle qu'on vous sollicite d'accepter. Ce rôle est laborieux autant que modeste, mais nous sommes assurés que notre Société n'hésiterait pas à l'assumer, si elle était persuadée que, seule, elle peut entreprendre la réalisation d'une idée où se trouvent réunis à un haut degré les intérêts de la Science et ceux de la Patrie.

En résumé, messieurs, votre commission vous demande de voter successivement sur les propositions suivantes :

1° Accepter, en principe, le projet d'un *Congrès annuel de chirur-*

giens français, ou mieux d'un CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE, ou encore d'un CONGRÈS DE CHIRURGIE DE LANGUE FRANÇAISE;

2° Accepter la mission de constituer un Comité d'organisation, chargé de rédiger des STATUTS ET RÈGLEMENTS PROVISOIRES, de recueillir des adhésions et de présider à l'ouverture du premier Congrès ;

3° Transformer la *Commission d'examen* qui vous présente le rapport en COMMISSION D'ORGANISATION par l'adjonction des nouveaux membres dont vous aurez à fixer le nombre ;

4° Adresser des remerciements à M. le docteur Demons, et déposer honorablement sa lettre aux Archives.

Discussion.

M. DESPRÉS. Je ne suis pas partisan d'un Congrès de chirurgiens français, et je suis encore bien moins partisan de l'idée contenue dans le rapport, qui consisterait à faire intervenir la Société de chirurgie dans l'organisation de ce Congrès.

Je trouve qu'il y a déjà assez de congrès. L'expérience nous apprend, en effet, que dans les réunions de cette nature, il y a toujours, à côté d'hommes sérieux, des hommes qui ne le sont pas. Ceux-là, et ils sont nombreux, ne viennent là que pour faire de la réclame, celui-ci pour un petit procédé nouveau et sans valeur, celui-là pour une eau minérale, cet autre pour un procédé pharmaceutique quelconque, ou bien un bandage, etc. C'est surtout à des industriels de cette nature que servira votre Congrès et pas à autre chose. Les congrès, en effet, ne vous y trompez pas, n'ont jamais produit une œuvre de quelque valeur. Quand un savant fait un travail ou une découverte importante, il n'a pas besoin de ces foires scientifiques pour le faire connaître ; les recueils, les revues, les journaux, suffisent largement à cette tâche.

Que ces considérations paraissent sans valeur à quelques chirurgiens, et qu'ils passent outre dans l'idée qu'ils ont de faire ce Congrès, je l'admets, mais j'estime que moi, membre d'une vieille Société qui prétend avoir la succession de l'Académie de chirurgie, ce n'est pas dans mon rôle de suivre leur exemple. Je n'irai jamais à un Congrès, je me contente de la Société dont je suis membre, des journaux et des livres que je publie.

Mais, à côté de la question des congrès en général, il y a la question de l'organisation du nouveau Congrès auquel on nous propose d'assister. Ce Congrès, nous dit-on, sera organisé par la Société de chirurgie.

C'est là, à mon avis, une faute grave : si nous acceptons de nous mêler d'une pareille entreprise, avec une série de médecins, très honorables sans doute, mais qui n'ont pas les traditions qui nous

ont été transmises de génération en génération, la Société ne pourra que perdre une partie de la notoriété qui lui est légitimement due.

M. Trélat. M. Després, après nous avoir déclaré qu'il n'est jamais allé à aucun congrès, ce qui ne lui permet guère de savoir ce qui s'y passe, nous annonce qu'il n'ira jamais dans lo Congrès de chirurgie et nous engage à ne pas y aller. C'est là, affaire à lui, et je ne discuterai pas sa manière de voir sur ce sujet.

Quant à la seconde partie de l'argumentation de M. Després, colle qui est relative au rôle que doit jouer notre Société dans l'organisation de ce Congrès, elle roule sur une confusion. Nul de nous n'a l'intention d'engager la Société de chirurgie dans une entreprise aventureuse et étrangère à son origine. Il ne s'agit pas, en effet, de placer ce Congrès sous le patronage de la Société; il s'agit tout simplement de faciliter dans ses débuts l'organisation d'une œuvre que nous considérons comme bonne. A peine y aura-t-il un commencement d'exécution que nous sommes décidés — le rapport en fait foi — à disparaître, et qu'il ne sera plus question de la Société de chirurgie.

M. Verneuil. Toute l'Europe savante a reconnu l'utilité des congrès du genre de celui que l'on nous propose d'organiser; on en crée dans tous les points, et il n'est jamais venu à l'esprit de personne que ces créations étaient faites dans un but de réclame, que l'on organisait des assemblées de charlatans.

Qu'il y ait dans ces congrès de mauvaises communications à côté d'autres qui sont bonnes, la chose est certaine, mais n'est-ce pas ainsi que les choses se passent dans toutes les assemblées humaines?

Notre Société elle-même n'est pas à l'abri de semblables communications, et cependant il n'est jamais venu à l'esprit de personne qu'elle doive être supprimée pour cette cause.

Je crois d'ailleurs qu'en ce moment je prêche des convertis, et qu'à l'exception de M. Després, tous ici nous sommes convaincus que les congrès ont du bon.

Ce principe établi, de quoi s'agit-il dans l'espèce? Des confrèros très distingués de province nous écrivent pour nous demander de travailler en commun aux progrès de la chirurgie française, en organisant un de ces congrès, et ils nous disent : Vous êtes nos aînés, nous estimons votre Société, aussi serions-nous heureux de vous voir prendre, non pas la direction, mais l'initiative de l'entreprise.

En quoi cela peut-il nous faire perdre de notre autorité? Quelle crainte pouvons-nous avoir parce que nous aurons tendu la main à

des confrères qui ont des titres équivalents aux nôtres? Pour moi, je n'en vois aucun.

D'ailleurs, à peine le Congrès est-il constitué que nous disparaissons en tant que corporation, nous restons chacun à titre personnel, et si, par impossible, le Congrès auquel nous aurions donné la main déviait de son but primitif, chacun de nous l'abandonnerait et tout serait dit. C'est toujours ainsi que les choses se passent dans les associations qui tournent mal.

Profitons, au contraire, de la circonstance : la province nous tend la main, acceptons-la franchement, aidons-la dans la création de ce Congrès, qui, s'il n'est pas fait par nous, sera fait malgré nous. Je dirai même que ce serait justice, et pour mon compte, je le déclare, si c'est Bordeaux ou tout autre centre qui est choisi pour l'organisation de ce Congrès, je serai un des premiers à aller m'y faire inscrire, et je travaillerai six mois pour y faire une communication qui ne sera, croyez-le, ni une réclame, ni l'éloge d'un bandage.

M. Verneuil appuie donc de toutes ses forces la création d'un Congrès annuel de chirurgie en langue française, et conseille de nommer une commission d'organisation.

M. Després. Les congrès n'ont jamais rien produit de sérieux; les grandes découvertes ont toujours été faites en dehors d'eux, et il en sera certainement de même du Congrès de chirurgie que l'on vous propose. On viendra vous y lire quelques observations recueillies à la hâte, faites pour induire en erreur, bien plus que pour faire marcher la science.

Pour moi, je ne veux pas prendre une responsabilité quelconque dans l'organisation d'une semblable association, et je persiste à croire qu'il devrait en être de même de la Société.

M. Verneuil nous dit que nos recueils ne sont pas à l'abri des communications sans valeur. Je le sais bien, mais la faute en est à nous, qui n'acceptons que trop souvent sans contrôle les observations incomplètes et mal prises qui nous arrivent du dehors.

M. Pozzi. Je ferai remarquer, après MM. Verneuil et Trélat, d'après les termes mêmes du rapport, que la Société est complètement dégagée de toute responsabilité dans l'association dont il s'agit. Si donc on accepte le principe du Congrès, je ne vois pas ce qui pourrait nous arrêter dans le vote des conclusions.

M. Trélat. La Société me paraît suffisamment éclairée sur la question. Je crois qu'à l'heure actuelle on pourrait clore cette discussion et voter sur les conclusions, ainsi que le demande M. Pozzi.

M. le Président met aux voix la première proposition du rapport de la commission qui est d'accepter en principe *la création d'un Congrès annuel de chirurgiens français* ou *Congrès de chirurgie en langue française.*

Cette proposition est adoptée à l'unanimité, moins une voix, celle de M. Després.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

P. Gillette.

Séance du 4 juin 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

MM. Azam (de Bordeaux) et Jules Bœckel (de Strasbourg), membres correspondants, sont présents.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Bulletin de l'Académie de médecine;

Congrès des chirurgiens français.

La suite de la discussion sur cette question est reprise.

La deuxième conclusion de la commission est mise aux voix et adoptée. Elle est ainsi conçue :

Accepter la mission de constituer un comité d'organisation, chargé de rédiger des statuts et règlements provisoires, de recueillir des adhésions et de présider à l'ouverture du premier congrès.

La troisième conclusion est ainsi conçue :

Transformer la commission d'examen qui vous présente le rapport en commission d'organisation par l'adjonction des nouveaux membres titulaires ou correspondants dont vous aurez à fixer le nombre.

M. Nicaise. Ne pourrait-on adjoindre aux membres de la Société de chirurgie un certain nombre de chirurgiens étrangers ?

M. Trélat. Nous n'avons pas été de cet avis.

Nous faisons en ce moment un acte essentiellement transitoire, puisque le premier acte du congrès, s'il s'organise, sera justement de nommer un bureau qui sera chargé de l'organisation définitive de l'association. Dans ces conditions, l'intervention de membres étrangers ne me paraît pas nécessaire en ce moment.

J'ajoute que les chirurgiens dont il s'agit, habitant forcément hors Paris, il serait difficile de les réunir, et notre travail en serait retardé d'autant.

M. Verneuil. Sans aucun doute, il nous serait assez difficile de convoquer facilement des chirurgiens qui habitent Nancy, Lyon, Bordeaux, etc. D'ailleurs, l'expérience démontre jusqu'à un certain point que moins les commissions sont nombreuses, plus elles travaillent.

Toutefois, je crois que la commission pourrait fort bien, sans perdre pour cela beaucoup de temps, consulter un certain nombre de chirurgiens distingués de province, des doyens de nos Facultés ou de nos Écoles secondaires, par exemple.

Les travaux de la commission, faits dans ces conditions, auraient une bien plus grande autorité, puisqu'ils représenteraient l'ensemble des opinions des chirurgiens français.

M. Horteloup. La cousultation dont parle M. Verneuil est certainement dans l'esprit des membres de la commission ; il me paraît inutile de l'inscrire dans les conclusions du rapport.

M. Verneuil. Il importe peu que cette consultation soit faite d'une façon ou d'une autre, il suffit qu'elle soit faite.

M. Trélat. Je puis dire que d'ores et déjà notre rapporteur, M. Pozzi, a fait une enquête dans le sens dont il vient d'être question. Il a consulté un certain nombre de règlements des congrès déjà existants, et bien certainement il consultera non seulement M. Demons, l'auteur de la proposition, mais encore un certain nombre d'autres chirurgiens.

Toutefois, je pense que, dans le but de donner une plus grande

importance à la commission, il serait bon d'y adjoindre deux membres nouveaux pris parmi les membres titulaires, correspondants ou associés.

La nomination de ces deux membres pourrait être reportée à la prochaine séance.

La troisième conclusion, mise aux voix, est adoptée avec la modification proposée par M. Trélat, c'est-à-dire que la commission d'organisation sera composée de cinq membres déjà existants, auxquels on adjoindra deux membres nouveaux dans la prochaine séance.

Extirpation totale d'un utérus cancéreux par le vagin. Fistule de l'uretère gauche consécutive. Néphrectomie. Guérison. Récidive au bout de sept mois, par le Dr Jules Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant.

Mme R. (de Rouen), 41 ans, entrée le 16 octobre 1882, au n° 8 de la salle 105 de l'hôpital civil de Strasbourg, où je faisais une suppléance.

Pas d'antécédents morbides. Un seul accouchement, il y a environ vingt ans ; menstruation régulière. Elle est atteinte d'un carcinome du col utérin ; les premiers symptômes ne remontent pas à plus de trois mois et ont été marqués par des douleurs lombaires extrêmement violentes; la malade n'a, dit-elle, jamais eu d'écoulement ni d'hémorragies. Le toucher vaginal révèle un col déchiqueté, bourgeonnant, triplé de volume ; un véritable chou-fleur encore résistant, au centre duquel on sent nettement l'orifice utérin, qui donne l'impression d'une ulcération cratériforme; la base de la portion vaginale présente une induration considérable. Les culs-de-sac sont libres partout et faciles à explorer avec le doigt, sauf à gauche, où il existe un certain degré d'induration. Paramètres libres. Utérus mobile. La malade est dans un état de santé apparent très satisfaisant; son teint est coloré, elle a un certain embonpoint ; à la voir, rien ne pourrait faire soupçonner la présence d'un carcinome de la matrice. Étant donné sa constitution, son état général favorable, je lui propose l'hystérectomie vaginale, qu'elle accepte sans hésitation ; nous la fixons au 26. La malade est purgée la veille ; le soir elle prend une pilule d'opium de 5 centigrammes; le jour de l'opération, on lui administre un lavement purgatif.

Hystérectomie vaginale le 26 *octobre*. Assistent à l'opération : MM les Drs E. Tachard, médecin major à Laghouat, E. Bœckel, Frey, Scheffer, Kaltinthaler et plusieurs élèves en médecine. L'opération est faite dans l'amphithéâtre ordinaire, sous le spray phéniqué. Injection phéniquée vaginale préalable. La malade, chloroformisée, est placée dans la position de la taille : les jambes écartées et placées sur des supports fixés à la table d'opération. Les organes génitaux sont rasés et désinfectés avec soin. Un spéculum de Sims est introduit dans le vagin ; puis, le col de l'utérus étant saisi avec une pince de Museux, j'attire l'organe tout entier aussi bas que possible. Cet abaissement de

la matrice est relativement aisé, circonstance éminemment favorable pour mener l'opération à bonne fin; j'enlève à ce moment le spéculum, qui est devenu une gêne, et parviens à faire saillir le col au dehors sur une longueur de plus de 2 centimètres 1/2. Le faisant maintenir par un aide au moyen de la pince de Museux, je pratique sur le cul-de-sac postérieur une incision transversale, en ayant soin de ne pas m'éloigner de l'utérus, et pénètre à travers l'espace de Douglas dans la cavité péritonéale. J'incise ensuite le cul-de-sac antérieur et décolle facilement, à l'aide d'un manche de scalpel, le tissu cellulaire qui sépare la vessie de la matrice ; une sonde introduite dans la vessie me sert de guide pendant cette dissection et empêche tout traumatisme du réservoir urinaire. L'utérus libéré en avant et en arrière n'est plus maintenu que par des ligaments larges ; aussi son abaissement devient-il à partir de ce moment de plus en plus facile ; introduisant deux doigts dans l'espace de Douglas pour saisir le fond de la matrice, j'arrive, en faisant concurremment exercer une traction sur le col, à faire saillir à la vulve le ligament large du côté droit ; j'y place une ligature en masse à 1 centimètre 1/2 de l'utérus, à l'aide d'une aiguille courbe armée d'un fort fil de soie phéniqué ; j'applique une pince hémostatique sur le bout central, puis sectionne les tissus compris entre ces deux points. Cette manœuvre n'offre pas la moindre difficulté ; pour plus de sûreté, je jette une ligature isolée de soie sur la trompe. L'hémorragie a été nulle. Du côté gauche, la ligature du ligament large est plus difficile : la matrice, bien que n'étant plus retenue que par un seul ligament, ne peut être abaissée comme à droite ; j'arrive après quelques efforts à jeter une double ligature sur le ligament large, mais ne peux opérer à ciel ouvert comme précédemment. Je sectionne entre les deux ligatures : l'utérus, dans sa totalité, étant dès lors dégagé, tombe dans un plat à barbe, que me présente à ce moment un des internes. Le corps de la matrice au voisinage de l'insertion des annexes est mou, friable, atteint de dégénération carcinomateuse : les tractions qu'on a exercées sur l'organe l'ont entamé à ce niveau et produit une perte de substance de la grandeur d'une pièce de 20 centimes.

Après l'ablation de l'utérus, quelques anses intestinales viennent faire hernie à travers l'ouverture péritonéale : je les réduis facilement et, circonstance heureuse, n'ai plus à m'en occuper dans la suite, vu leur peu de tendance à prolaber. Portant l'index dans l'angle gauche de la plaie, je constate que le tissu périutérin est à ce niveau fortement engorgé ; j'arrive un peu plus haut à une traînée lymphatique infiltrée, qui aboutit à un ganglion du volume d'une petite noix; m'armant de ciseaux courbes, j'excise tous ces tissus, le ganglion y compris; il se produit, au dernier coup de ciseau, une assez forte hémorragie ; j'applique deux longues pinces hémostatiques un peu au hasard, et ne pouvant, vu la profondeur de la plaie, les remplacer par des ligatures, les laisse en place. Les fils des précédentes ligatures sont laissés longs, ramenés au dehors et fixés sur les cuisses à l'aide d'une bandelette de sparadrap. Désinfection du vagin avec la solution phéniquée faible ; je n'applique pas de sutures sur le péritoine, que je laisse

largement ouvert, les intestins, comme je l'ai dit plus haut, n'ayant plus la moindre tendance à faire irruption au dehors. En conséquence, je ne place pas non plus de tube à drainage. Tampon de gaze iodoformé dans le vagin.

L'opération terminée, on transporte la malade dans son lit; il se trouve placé dans la salle commune, entre deux lits occupés, l'un par une opérée du sein, l'autre par un évidement du tibia; il y a en tout quinze lits dans cette même salle, dont neuf sont actuellement occupés par des opérées plus ou moins graves.

Deux injections de morphine dans la journée; la malade se plaint de fortes douleurs de reins; elle vomit plusieurs fois dans la soirée. T. 37°,5.

Le 27, T. M. 38°; T. S. 38°,4. Vomissements bilieux persistants. Ventre souple, indolore. Cathétérisme de la vessie deux fois par jour.

Le 28, T. M. 37°,8; T. S. 37°,8. On enlève le tampon iodoformé pour détacher les pinces hémostatiques. Pas trace d'hémorragie. La gaze iodoformée ne répand pas la moindre odeur, si ce n'est celle de l'iodoforme. On renouvelle le tampon placé dans le vagin.

Le 29, T. M. 37°; T. S. 37°,8.

Le 30, T. M. 37°,2; T. S. 38°. L'urine s'écoule goutte à goutte par le vagin et ne tarde pas à excorier la peau de la région; le vagin est le siège d'une forte cuisson.

Le 31, T. M. 37°,5; T. S. 38°.

Le 1er novembre, T. M. 37°,6; T. S. 37°,4. Malgré le cathétérisme, l'urine continue à couler goutte à goutte. Sonde de Sims à demeure dans la vessie. État général très satisfaisant.

Le 2 novembre, T. M. 37°,5; T. S. 37°,1. Plusieurs selles après une dose d'huile de ricin (30 grammes); la miction se rétablit; malgré cela, il y a encore un suintement continu d'urine.

Le 3, T. M. 37°,3; T. S. 37°,4. État général excellent.

Le 4, T. M. 37°,3; T. S. 38°,1.

Le 5, T. M. 37°,5; T. S. 37°,2. Les fils à ligature n'étant pas encore tombés, on exerce sur eux une traction continue à l'aide d'un poids de 200 grammes. Le premier faisceau de fil tombe le soir du 5; le deuxième fil, le 7.

Le 6, T. M. 37°,6; T. S. 37°,5.

Le 7, T. M. 37°,5; T. S. 37°,6. Les excoriations de la peau et de la muqueuse vaginale faisant énormément souffrir Mme R..., on supprime à dater de ce jour les tampons d'iodoforme, et on lui fait prendre des bains de siège quotidiens. Le suintement d'urine persiste; à part cela, l'opérée se trouve bien; le toucher vaginal permet de constater que le fond du vagin est oblitéré, ne communique plus en aucun point avec la cavité péritonéale et se trouve tapissé d'une couche de bourgeons charnus. Vers l'angle gauche de la plaie, il existe un infundibulum dans lequel on peut engager une sonde cannelée à plus de 6 centimètres de profondeur.

Nous avions la certitude que la vessie n'avait pas été lésée au cours de l'opération; nous pouvions de même affirmer que les uretères

n'avaient pas été intéressés directement par l'instrument tranchant, car le suintement de l'urine ne s'était manifesté que quelques jours après l'extirpation. Nous pouvions donc admettre que l'uretère gauche avait été saisi par la pince hémostatique, fortement comprimé pendant 48 heures, et qu'à la suite de la mortification de ses parois et de la chute de l'escarre, la fistule urinaire s'était produite. Pour en avoir le cœur net, nous faisons transporter la malade sur la table d'opération (12 novembre) et procédons à un examen méthodique. L'opérée étan placée dans la position de la taille, un spéculum univalve est introduit dans le vagin ; par l'intermédiaire d'une sonde placée dans la vessie, nous injectons 200 grammes de lait dans le réservoir urinaire ; le lait ressort par la sonde, rien que par la sonde. Examinant le fond du vagin, nous constatons que la plaie est cicatrisée, sauf à l'angle gauche où il existe, comme nous l'avons dit précédemment, une surface bourgeonnante irrégulière, incrustée de sels calcaires ; au fond de la plaie, on voit sourdre un liquide qui remplit bientôt la valve du spéculum et n'est autre que de l'urine. Notre diagnostic se trouve donc confirmé ; ne pouvant songer à pratiquer une autoplastie quelconque pour oblitérer cette fistule qui, outre qu'elle n'est pas visible, se trouve située trop profondément, uous ne voyons de guérison possible que dans l'extirpation du rein gauche. Avant de soumettre cette idée à notre malade, nous attendons qu'elle ait repris quelques forces.

Le 21, l'état de Mme R... s'est amélioré ; l'urine suinte toujours, mais les excoriations ont diminué, grâce à la plus grande mobilité de la patiente et à des soins de propreté extrêmes.

Le 25, nous lui proposons la néphrectomie. Elle l'accepte volontiers, sur l'assurance que nous lui donnons qu'elle sera débarrassée de son infirmité; qui la fait plus souffrir moralement que physiquement. L'opération est fixée au 27 ; la veille, la malade prend un purgatif, le soir une pilule d'opium et le jour même un lavement purgatif.

Néphrectomie le 27 *novembre* 1882. — Sont présents : MM. les docteurs Eugène Bœckel, Ledderkose, premiers assistants de la clinique chirurgicale ; Frey, Scheffer, internes du service ; Müller, Kattenthaler. Ce dernier administre le chloroforme. Précautions antiseptiques. Spray à vapeur de Lucas-Championnière. La malade anesthésiée, on la couche sur le ventre, après avoir placé en dessus un coussin destiné à faire saillir la région lombaire.

Incision de 12 centimètres parallèle au bord externe de la masse sacro-lombaire, s'étendant de la 12e côte à la crête de l'os des îles. Incision de l'aponévrose superficielle du muscle sacro-lombaire, qu'on récline en dedans, à l'aide d'une forte érigne ; division de l'aponévrose profonde du même muscle, mettant à nu le carré des lombes. Plusieurs artérioles sont saisies et liées avec du catgut, séance tenante. Incision du carré des lombes parallèlement à la peau ; 3 ligatures musculaires sont pratiquées. Le fascia transversalis se présente à ce moment ; derrière lui on aperçoit par transparence une anse intestinale et un pelotou graisseux ; le fascia divisé dans toute l'étendue de la peau cutanée, on reconnaît le colon descendant, qu'on est obligé d'écarter

en dedans pour arriver sur le rein. Le doigt introduit dans la plaie ne tarde pas à tomber vers son angle supérieur, sur l'organe en question, facilement reconnaissable grâce à sa surface lisse. Agrandissant avec un bistouri boutonné la plaie jusque près de la 11e côte, on arrive, après avoir décollé avec le doigt quelques tractus fibreux peu résistants, à contourner le rein avec assez de facilité et à sentir très nettement son hile. Quelques pressions exercées par un aide sur l'abdomen, combinées avec des mouvements de traction, permettent de faire saillir au dehors l'extrémité supérieure du rein. Décollant avec les doigts sa capsule d'enveloppe, je parviens sans difficulté jusqu'au hile. Ligature isolée de la veine rénale, puis de l'artère et de l'uretère avec un seul et même fil de catgut, n° 2 ; finalement d'une deuxième veine volumineuse. Section de ces différents vaisseaux entre la ligature et une pince hémostatique placée sur le bout périphérique. Cela fait, l'extirpation du rein se fait avec la plus grande facilité. La plaie est sèche, la malade n'ayant pas perdu 50 grammes de sang en tout ; sa profondeur est de 10 centimètres. Le rein extirpé est sain ; il mesure 10 centimètres de longueur sur 5 de largeur au niveau du hile. Le suintement d'urine cesse aussitôt après l'opération. Réunion de la plaie à l'aide de 7 sutures métalliques. Deux gros drains de 13 millimètres de diamètre, de 6 et 8 centimètres de largeur, sont placés dans la plaie, à 5 centimètres de distance l'un de l'autre.

Pansement avec gaze iodoformée, coton hydrophile, gutta-percha ; le tout maintenu par une bande de tarlatane neuve. La malade est transportée dans son lit et couchée sur un cadre à suspension.

A part quelques vomissements assez pénibles, la journée se passe bien. T. S. 39°,4.

Le 28, T. M., 38°,2 ; T. S., 37°,8. — L'opérée, qui depuis près de quatre semaines baignait dans des draps mouillés par son urine, se trouve on ne peut plus heureuse d'être couchée à sec. Elle a émis 650 grammes d'urine dans les 24 heures.

Le 29, T. M., 37°,7 ; T. S., 48°,2. — Urines émises dans les 24 heures, 700 centimètres cubes.

Premier pansement sous le spray ; pas une goutte de pus ; rien qu'un peu de sang desséché dans le pansement ; les tubes à drainage étant perméables, on les supprime définitivement. Pansement avec gaze iodoformée *ut supra*. Vomissements persistants.

Le 30, T. M., 38° ; T. S., 37°,5. — Urines émises, 900 centimètres cubes ; plus de vomissements.

Le 1er *décembre*, T. M., 38°,4 ; T. S., 38°. — Urines émises, 875.

Le 2, T. M., 38°,2 ; T. S., 38°. — Urines émises, 1,360.

Deuxième pansement : légère suppuration ; la malade commence à se nourrir.

Le 3, T. M., 38°,4 ; T. S., 38°,4. — Première selle après une dose d'huile de ricin.

Le 4, T. M., 38° ; T. S., 37°,5. — A partir de ce jour la température reste normale ; la quantité d'urine émise varie dans les 24 heures de 1,100 à 1,700 centimètres cubes. On enlève les sutures le 4, et on in-

troduit dans l'angle inférieur de la plaie un petit drain, pour permettre l'écoulement du pus, qui est assez abondant.

La malade se porte du reste à merveille. Son appétit est excellent.

Le 8, enlèvement du drain ; plaie cicatrisée, sauf le trajet de ce dernier.

Le 16, l'opérée se lève pour la première fois (19e jour).

Le 20, cicatrisation définitive; au fond du vagin, on constate encore, au niveau de l'angle gauche, quelques bourgeons charnus qu'on réprime avec la pierre infernale.

Le 30 *décembre*, la malade sort guérie, je n'ose dire définitivement, bien qu'elle en ait l'intime conviction. Pour mon compte, j'ai des doutes sur la durée et la stabilité de cette guérison ; je me garde, bien entendu, d'en laisser rien voir à mon opérée, dont le moral est on ne peut plus satisfaisant.

Deux mois se passent : je reste sans nouvelles de Mme R...

Vers le milieu de mars, elle me fait prier de l'aller voir, disant qu'elle éprouve dans les reins une douleur analogue à celle qu'elle avait ressentie au commencement de l'hiver. Je l'examine, et ne trouvant qu'une petite induration au fond du vagin, la rassure de mon mieux.

Vers la fin d'avril, un écoulement sanieux, fétide, se produit par le vagin. Je décide, non sans peine cette fois-ci, la patiente à se faire admettre à l'hôpital, pour y prendre des bains de siège appropriés. Elle cède à mes instances.

Quelques semaines plus tard, 20 mai, elle succombe à une récidive ayant son origine dans les ganglions abdominaux, heureusement délivrée des douleurs intolérables qu'elle avait endurées dans les derniers temps de son existence.

Autopsie le 22 *mai*, par M. le Dr Pertik. Rein gauche flasque, volumineux (11 centimètres de longueur sur 6 de largeur), néphrite parenchymateuse avec dégénérescence amyloïde. Vessie fortement adhérente à une anse intestinale, soudée en outre très intimement à l'appendice iléo-cœcal par un noyau cancéreux ; ganglions lombaires et iliaques hypertrophiés, durs, carcinomateux. Glandes mésentériques remplies de masses épithéliales blanches. L'uretère gauche se termine en cul-de-sac dans la région rénale. On le sectionne au niveau de la dernière vertèbre lombaire et l'on y introduit un stylet qui mène dans une vaste cavité occupant tout l'espace compris entre les parois du petit bassin et la vessie. Elle est entourée d'une série de glandes lymphatiques carcinomateuses, unies les unes aux autres par des bandes de tissus fibreux. Cette excavation s'étend en arrière jusqu'à la pointe du coccyx et communique librement avec le vagin par en bas. A 2 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on constate la communication d'une anse intestinale appartenant à l'iléon avec la cavité décrite plus haut. Paroi postérieure du vagin recouverte de masses cancéreuses; cette paroi mesure 3 1/2 centimètres de long, la paroi antérieure 7 centimètres. Trompe de Fallope hydropique. L'ovaire droit renferme un noyau carcinomateux ; ovaire gauche hyperhémié. Foie amyloïde, cœur petit, épaississement de la mitrale.

— Quel enseignement pouvons nous tirer de cette observation? Voilà une malheureuse femme qui subit à un mois d'intervalle deux opérations, rangées l'une et l'autre parmi les plus graves de la chirurgie. Elle guérit rapidement, presque sans réaction de la première opération malgré une complication grave, qui à son tour nécessite une deuxième intervention, non moins sérieuse que la première. Elle se relève tout aussi vite de ce deuxième choc et jouit pendant deux mois de toutes les apparences de la santé; puis survient une récidive qui emporte la malade au milieu d'atroces souffrances.

Au point de vue opératoire, c'est un double succès, qui montre une fois de plus les hardiesses que l'on peut tenter au sein même d'un vieil hôpital, grâce à la méthode antiseptique; mais c'est là tout, je l'avoue. Que faut-il penser en effet du sort réservé à la grande majorité des malades de cette catégorie. Devons-nous tenter chez elles une de ces opérations réputées radicales, ou ne ferions-nous pas mieux de nous abstenir. Sans doute, si les risques encore bien grands de l'opération en elle-même, en dépit de tous les perfectionnements récents, étaient compensés par la certitude d'obtenir une guérison durable, serions-nous en droit d'en affronter les dangers. Mais une opération qui emporte encore 1 malade sur 3 (V. le travail de Schwartz, in *Rev. de chir.* 1882, p. 486 et suiv.), par le fait seul de l'acte opératoire, me semble bien grave pour devoir être vulgarisée. Je parle ici de l'extirpation totale de l'utérus par le vagin; l'extirpation par la laparotomie donne une mortalité bien supérieure; elle tue les 4/5 des opérés.

Que dire maintenant de la récidive? Lorsque l'on est témoin de la rapidité et de la fréquence de la reproduction de certaines tumeurs cancéreuses accessibles à la vue, au toucher, aux instruments, c'est une entreprise bien hasardeuse que de vouloir tenter l'extirpation d'une tumeur ou d'un organe profondément situé, difficilement abordable, et de courir le risque de faire une opération incomplète. Le nombre des récidives, sans pouvoir être établi rigoureusement, est considérable, d'après les seules observations publiées. A vrai dire il n'y a pas là de quoi partager l'enthousiasme des partisans de cette opération que notre collègue Demons a tout dernièrement cherché à réhabiliter au sein de l'Académie. Sans vouloir la rejeter d'une façon absolue comme lui, je crois qu'il ne faut la pratiquer qu'exceptionnellement, au début de l'affection, alors que l'extrémité du col seule se trouve atteinte; j'y pose encore les conditions suivantes : que les paramètres soient libres, que le vagin soit intact, que la matrice puisse être facilement abaissée. Ces conditions existaient chez la malade qui qui fait le sujet de cette communication : malgré ces circonstances en apparence favorables, il y avait une infiltration des ganglions profonds, qu'on ne pouvait soupçonner, et qui ont rendu illusoire tout espoir de guérison définitive.

M. Verneuil. Nous devons remercier M. Bœckel de la très intéressante communication qu'il vient de nous faire; nous devons

également le féliciter de la bonne foi, de la loyauté, de la franchise avec laquelle il nous a fait connaître, à côté du beau succès opératoire qu'il a obtenu, l'insuccès thérapeutique absolu qui en a été la conséquence.

Cette observation confirme de point en point la doctrine que M. Polaillon et moi avons toujours soutenue, à savoir que l'hystérectomie appliquée au traitement du cancer utérin est une mauvaise opération qui doit être réservée pour des cas tout à fait exceptionnels. Lorsqu'elle réussit, ce qui est loin d'être constant, elle ne donne pas une survie supérieure à celle que l'on obtient à l'aide de pansements ou d'opérations palliatives simples. Je ne doute pas que la malade dont on vient de nous raconter l'histoire, prise au moment où l'opération a été faite, n'eût survécu plus de six mois si l'on s'était contenté de la conduite que je préconise, et j'ajoute que, pendant ce temps, au lieu de rester couchée les deux mois nécessaires à la guérison de sa plaie opératoire, elle eût pu aller et venir, vaquer à ses occupations et avoir même l'illusion d'une guérison définitive. Ce n'est, d'ailleurs, que par un grand nombre de faits que l'on pourra arriver à fixer ce point de pratique. Je m'engage à faire connaître les résultats de la méthode de traitement que je préconise, je serais heureux que M. Demons et tous les auteurs qui ont fait l'hystérectomie fissent de même et nous indiquent ce que sont devenus leurs malades longtemps après leur sortie de l'hôpital.

L'observation de M. Bœckel présente une autre particularité qui me paraît également digne d'intérêt et qui se rapporte à la néphrectomie. Le rein qu'il a enlevé était sain ; il est vraisemblable qu'il en était de même du second, puisque à lui tout seul il a pu fournir une quantité d'urine égale et même supérieure à celle des deux reins. Or, l'autopsie faite quelques mois après nous montre ce rein ayant subi la dégénérescence amyloïde.

Nul doute que cette dégénérescence soit le résultat du surmenage de l'organe, et que, dans le cas où la malade aurait survécu à son cancer, elle serait morte de ses reins.

C'est là un fait dont il y a lieu de tenir le plus grand compte, lorsque l'on se propose de pratiquer la néphrectomie.

M. Terrier. Je me suis trouvé en présence d'un cas de cancer utérin dans lequel l'hystérectomie paraissait indiquée. La tumeur était limitée, l'utérus mobile, en un mot, ma malade se trouvait à peu près dans la situation de la malade de M. Bœkel.

Je n'ai cependant pas fait l'opération ; je me suis arrêté devant les difficultés et la gravité qu'elle présente, et que ne compensent pas les résultats que l'on obtient en cas de succès.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la séparation de la vessie et de l'utérus est très laborieuse, que la ligature en masse des ligaments larges est extrêmement difficile, quelquefois même impossible, et que l'on doit souvent se contenter de placer une pince sur les vaisseaux qui saignent, s'exposant à saisir un uretère, ainsi que cela est arrivé à M. Bœkel.

Par contre, les opérations moins larges, faciles à exécuter et peu dangereuses, donnent des résultats souvent très satisfaisants. C'est ainsi que sur ma malade l'ablation du col, qui a été des plus simples comme exécution, a suffi pour assurer à la malade une guérison apparente ; et celle-ci dure déjà depuis plus de deux mois.

M. Polaillon. Un cancer du col utérin dure deux ans et demi en moyenne, un cancer de corps dure trois ans. En enlevant l'utérus cancéreux, vous risquez fort de tuer la malade immédiatement, et dans les cas heureux, non seulement vous obligez la femme à s'aliter fort longtemps, mais encore vous activez la marche du néoplasme.

Jusqu'à présent, en effet, toutes les hystérectomies faites pour un cancer de l'utérus ont été suivies de récidive rapide. Dans ces conditions, je persiste à croire que cette opération doit être rejetée, ou tout au moins réservée à des cas tout à fait exceptionnels, que je ne saurais prévoir en ce moment.

Les choses sont tout autres lorsque l'on se borne aux moyens innocents, cautérisation, injections diverses, mais surtout par une opération partielle ; on prolonge sûrement la vie de la malade, et on lui rend l'existence parfaitement supportable.

Je sais bien que les partisans de l'hystérectomie nous disent que l'opération ne doit être faite que tout à fait au début du mal, et que dans ces conditions on peut guérir radicalement la malade tout comme on guérit un cancer des lèvres, par une ablation large du néoplasme. A cela je réponds que si le cancer est pris à une époque aussi manifestement favorable, il est inutile d'enlever la totalité de l'organe. L'ablation large du col suffit.

Il y a plus d'une année, j'ai enlevé le col d'une femme de soixante-douze ans placée dans ces conditions favorables, la tumeur examinée par M. Cornil fut reconnue manifestement cancéreuse, et cependant la malade vit encore sans présenter aucune trace de récidive.

M. Lucas-Championnière. Je n'ai pas fait d'hystérectomie pour un cancer utérin, mais j'ai assisté à une opération de ce genre, faite par M. Billroth, et j'ai été frappé de la facilité relative avec laquelle elle pouvait être faite. Dans le cas particulier, un liga-

ment large était envahi ; on dut tailler en plein néoplasme et l'opération, Billroth le reconnut lui-même, fut inutile au point de vue de la guérison définitive. Mais ce qu'il y a de curieux, c'est que la malade a guéri et qu'elle a retiré un bénéfice réel de l'opération ; dans ce cas l'opération fut faite sans presque d'abaissement.

Tout en tenant compte de la grande habileté de l'opérateur, j'ai conclu de ce que j'avais vu que l'opération était possible même dans de mauvaises conditions. Il ne me paraît même pas impossible que la chirurgie se perfectionnant l'opération ne devienne beaucoup moins grave et plus fréquemment applicable.

Toutefois il restera toujours un aléa grave qui réside dans la difficulté du diagnostic, même fait avec le microscope. Il en résulte que certaines guérisons ne tiennent qu'à ce qu'on s'est trompé sur la nature de la tumeur.

Il en résulte aussi qu'on s'expose à imposer une opération rapidement mortelle à des femmes qui n'ont pas de cancer. Les cas de succès bien vérifiés sont très rares.

Veit a pu suivre une opérée pendant deux ans, sans qu'il se soit produit de récidive.

Quant aux opérations partielles, aux ablations du col en particulier, ce sont des opérations de médiocre valeur, et qui ne sont pas aussi anodines qu'on pourrait le croire.

M. Terrier. J'ai vu, comme M. Polaillon, l'ablation d'un col cancéreux sans récidive, mais il n'en est pas moins vrai que pour le cancer utérin comme pour tout autre cancer, le cancer du sein, par exemple, il est une règle absolue, c'est que les chances de guérison sont d'autant plus grandes qu'on a fait un sacrifice plus considérable. Par conséquent, si les progrès de la médecine opératoire permettaient de faire les ablations totales sans trop de gravité, c'est certainement à ces dernières qu'il faudrait avoir recours.

M. Verneuil. M. Lucas-Championnière vient de nous parler d'un cas dans lequel la section faite au néoplasme fut suivie d'une amélioration notable de la malade. Les cas de ce genre nous sont bien connus ; nous aussi nous traitons les cancers utérins par l'ablation des bourgeons exubérants, fongueux, qui causent les hémorragies et les écoulements ichoreux fétides, et nous nous en trouvons bien, mais nous n'avons pas besoin pour cela de pratiquer l'ablation de l'utérus.

M. Trélat. J'ai fait des opérations partielles de toute nature contre le cancer utérin, et je dois déclarer qu'elles ne m'ont jamais

donné un succès de quelque durée. Par contre, j'ai obtenu de grands avantages momentanés, au moyen d'opérations qui, par leur peu d'importance, méritent bien plutôt le nom de pansement. Je n'ai jamais fait d'hystérectomie vaginale totale ; je ne lui suis cependant pas absolument hostile, persuadé, moi aussi, que dans le cancer les seules chances de guérison sont dans une ablation large ; mais je voudrais que cette opération fût faite tout à fait aux débuts du mal, lors de l'apparition des premiers symptômes de la maladie du tissu utérin. Or, malheureusement, en clinique, les malades ne se présentent pour ainsi dire jamais à nous à cette période. Quand nous les voyons, elles ont déjà depuis quelque temps des douleurs, des écoulements sanguins ou ichoreux, et il est trop tard. On a beau faire des merveilles opératoires, l'inefficacité thérapeutique est complète.

D'autre part, est-il si facile de faire l'hystérectomie, même lorsque l'on a la chance de voir la malade tout à fait aux débuts de son mal ?

Je me suis trouvé deux fois en présence de cas de ce genre : un de ces cas m'a particulièrement frappé. J'avais reconnu un cancer très limité, la malade était d'excellente santé apparente, et je me crus autorisé à poser la question auprès de la famille, en lui faisant connaître les chances de succès ou d'insuccès que nous pouvions avoir, et en ajoutant que, par elle-même, l'opération donnait une mort sur trois opérées. Personne dans la famille ne se crut en droit d'exposer cette malade, bien vivante, à une chance sur trois de mort immédiate, et cela alors même qu'elle fût condamnée à mort dans un avenir assez rapproché. La malade vécut encore treize mois.

Ma conclusion dans l'espèce est donc celle-ci : les soins, les ménagements, le traitement des surfaces ulcérées donnent des résultats fort convenables chez les femmes atteintes de cancer utérin. Si nous ne les guérissons pas, nous les soulageons notablement. L'opération partielle ne donne aucun résultat définitif. Quant à l'opération totale, jamais je ne me suis trouvé en présence d'un cas où elle fut possible.

L'observation de M. Bœkel, ainsi que le fait remarquer notre collègue, ne nous encouragera pas à modifier cette dernière manière de voir.

M. Bouilly. L'année dernière, me trouvant en présence d'un cas qui me semblait favorable à l'hystérectomie, je me disposais à la pratiquer, lorsque je fus arrêté par l'impossibilité d'abaisser l'utérus malade.

J'étudiai alors sur le cadavre le manuel opératoire, et je m'aper-

çus que, même chez une femme saine, cet abaissement était souvent très difficile. Quatre fois sur dix il fut impossible. Toutefois cette difficulté dans la facilité d'abaisser l'organe disparaît en grande partie lorsque l'on a sectionné les ligaments utéro-sacrés, aussi peut-être pourrait-on commencer l'opération par l'ouverture du cul-de-sac utéro-rectal et la section des ligaments dont je parle. L'utérus abaissé, le cul-de-sac ouvert, on va chercher le fond de l'organe, on l'attire de manière à faire saillir et à lier l'un après l'autre, les deux ligaments larges.

M. Polaillon. La mortalité à la suite de l'hystérectomie étant excessive, je persiste à croire que je ne suis pas autorisé à proposer l'opération à une femme, irrévocablement perdue sans doute, mais qui, pour le moment, est encore pleine de vie et de santé. Je m'en tiens donc aux moyens palliatifs qui, quoi qu'on en ait dit, sont relativement inoffensifs.

M. Verneuil. Au lieu de 1 décès sur 3 que donne l'hystérectomie, j'ai eu 1 décès sur 20 avec les opérations partielles.

M. J. Bœkel. Je suis de l'avis de M. Bouilly lorsqu'il dit que la possibilité d'abaisser l'utérus est une condition indispensable à l'hystérectomie ; lorsque cet abaissement est impossible, il faut renoncer à l'opération.

Genu valgum. Ostéotomie et ostéoclasie.

M. J. Bœkel présente une malade guérie depuis deux ans d'un genu valgum opéré pas l'ostéotomie.

A deux reprises différentes, dans l'espace de quelques années, la question de l'ostéotomie a été portée devant cette tribune : la première fois, en 1876, à l'occasion d'un mémoire que j'eus l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie ; la deuxième fois, tout dernièrement, à propos d'une communication de M. Dubourg. Si mon travail n'entraîna pas la conviction, il eut du moins le mérite de soulever une question peu étudiée et de provoquer une discussion qui fit presque à elle seule les frais de deux séances[1]. L'opinion générale fut peu favorable à la pratique de l'ostéotomie. A part trois ou quatre de nos collègues, la plupart d'entre eux furent unanimes pour repousser toute intervention. L'abstention fut érigée en règle souveraine ; on ne voulut pas plus entendre parler d'ostéotomie que d'ostéoclasie, bien que M. Delore eût appliqué sa méthode

[1] V. *Bull. et mem. Soc. chir.*, t. II, 1876, p. 167 et 178, etc.

plus de 200 fois avec succès, et que M. Tillaux eût présenté quelques mois auparavant quelques cagneux, redressés par cette dernière méthode légèrement modifiée.

Les appareils, l'hygiène, le séjour au bord de la mer, furent tour à tour invoqués pour battre en brèche l'ostéotomie.

Une étude plus approfondie de la question fit bientôt justice de ces allégations, comme l'attestent plusieurs thèses soutenues à cette époque : Reuss (1878); Aysaguer (1879); Peyre (1879); de Santi (1879); Pradegnai (1880), etc.

On reconnut que certaines courbures rachitiques arrivées à la période d'éburnation ne sont plus justiciables du traitement marin, si rationnel, si efficace à la première période de la maladie ; et l'on eut recours à l'ostéoclasie manuelle pour en opérer le redressement chez les enfants.

Quant aux difformités des adolescents et des adultes, c'est à peine si on s'en était occupé. A part les opérations de M. Tillaux, aucune tentative n'avait été faite en France pour redresser les genoux valgus ou varus. En Allemagne et en Angleterre, nombre d'opérations avaient déjà été exécutées à cette époque avec succès.

Le 31 décembre 1879, M. Beauregard (du Havre) présentait à la Société de chirurgie un cas d'ostéotomie du fémur, pratiquée avec succès sur un jeune homme de 18 ans.

Quelques mois plus tard, je communiquai à l'Académie de médecine[1] trois cas où l'ostéotomie m'avait permis de redresser des genoux valgus et novus à des sujets de 22 et 28 ans.

A dater de cette époque, plusieurs travaux importants plus théoriques que pratiques (Thorens, Reclus, etc.) furent publiés. Ils ne passèrent pas inaperçus et firent bientôt entrer la question dans une phase nouvelle.

Collin venait d'inventer son ostéoclaste, qui vous fut présenté par M. Terrillon à propos du rapport qu'il fit sur la communication de M. Beauregard. On expérimenta ce nouvel appareil dans les hôpitaux de Paris avec succès. L'ostéoclasie fut dès lors admise par un grand nombre. L'ostéotomie le fut quelques mois plus tard, grâce surtout à un nouveau procédé dû à Mac-Even, que Demons a décrit dans l'excellente traduction qu'il nous a donné de l'ouvrage de ce chirurgien[2].

L'ostéotomie se répandit dès lors de plus en plus, comme le prouvent les communications nombreuses qui ont été faites ici même, puis la récente discussion sur le travail de M. Dubourg, présenté par M. Polaillon. Si l'ostéotomie a gagné du terrain, l'ac-

[1] Séance du 25 mai 1880.

[2] Mac-Even, *Ostéotomie*, trad. A. Demons. Paris, 1882.

cord pourtant est loin d'être unanime. La question reste par conséquent ouverte : c'est l'argument que j'invoquerai pour vous exposer les résultats de ma pratique, hésitant d'autant moins à prendre la parole que mon nom a été prononcé plusieurs fois au cours de la dernière discussion, sans que je pusse intervenir alors dans le débat.

L'expérience que j'ai de l'ostéotomie est déjà longue : mes premières opérations, en effet, remontent à une dizaine d'années (1874), et la jeune fille que je vais avoir l'honneur de vous présenter dans un instant a été opérée il y a trois ans (2 septembre 1881). Je ne pense pas, par conséquent, encourir le reproche de discuter sur des faits récents et de juger prématurément de leur valeur.

Je n'abuserai pas de vos moments pour me livrer dans cette note à une étude détaillée de l'ostéotomie; des travaux antérieurs ont fait connaître ma manière de voir sur les indications de l'opération, sur le choix du meilleur procédé à employer, sur le manuel opératoire propre à chacun d'eux, etc., etc.[1]. Je ne reviendrai pas sur ces différents points dans le présent travail.

Ce que je tiens à établir, c'est que j'ai fait jusqu'à ce jour 32 ostéotomies sur 23 malades, chez lesquels l'ostéoclasie tentée pendant le sommeil chloroformique avait échoué. J'ai traité un nombre au moins triple de malades [2] par les appareils seuls [3]; par le redressement et les appareils, lorsque ceux-ci ne suffisaient pas[4]; enfin par l'ostéoclasie, lorsque le redressement ne pouvait s'effectuer.

Je ne parlerai pas des malades des deux premières catégories. Quant à ceux de la dernière, leur nombre est sensiblement égal (30) à celui de mes ostéotomisés (32).

En résumé, donc, sur un total de 120 malades difformes au bas mot, les 3/4 ont pu être redressés sans intervention sanglante, et la plus forte moitié parmi ces derniers, par la simple application d'un appareil.

Établissons la balance des ostéoclasiés et des ostéotomisés.

Dans la première catégorie, tous, sauf 1, concernent des enfants de 18 mois à 8 ans.

Voici les résultats obtenus :

18 incurvations rachitiques des tibias = 17 succès, 1 insuccès.

[1] *De l'ostéotomie dans les déviations rachitiques des membres* (Rapport de M. Tillaux, in-8°, *Bull. et mém. Soc. chir.*, t. II, 1876).

[2] *Traitement du genu valgum par l'ostéotomie extra-articulaire* (Acad. de médecine, mai 1880).

[3] *Nouvelles considérations sur l'ostéotomie avec statistique comprenant 182 cas.* Paris, J.-B. Ballière, 1882.

[4] *Fragments de chirurgie antiseptique.* Paris, Germer Baillière, 1882.

12 genoux valgus = 10 succès, 2 insuccès.

Total : 3 insuccès sur 30 cas d'ostéoclasie.

Parmi ces 3 insuccès, deux ont déjà été signalés antérieurement et reproduits dans plusieurs thèses sur la matière. L'un concerne un jeune homme de 17 ans, atteint d'un genou valgus. L'ostéoclasie manuelle détermina la rupture du ligament latéral externe et nécessita le port d'un appareil, dont le malade ne peut encore se passer aujourd'hui après 3 ans. L'ostéoclasie mécanique à l'aide de l'appareil de Collin ou de Robin eût-elle évité cet accident. Je ne saurais me prononcer là-dessus et soumets cette question à l'appréciation de mes collègues.

Le 2e insuccès a trait à une petite fille de 3 ans, dont l'histoire a également fait le tour de la presse médicale. Il s'agit du redressement d'un genou valgus d'après Delore, qui donna lieu à une périostite phlegmoneuse grave du fémur, qui guérit au bout de 4 mois après une série d'incisions et de drainage. J'ajoute comme contre-épreuve que la jambe opposée fut ostéotomisée en 2 endroits différents (péroné et tibia), et guérit en un mois, presque sans suppuration (15 juin 1875)[1].

Ici encore il est permis de se demander si l'un des ostéoclastes eût préservé la petite opérée de cette grave complication ; je pose le problème, sans vouloir le résoudre.

Le 3e insuccès que j'ai observé à la suite de l'ostéoclasie est un véritable désastre. Il s'agit d'une petite fille de 7 ans, atteinte d'une courbure rachitique du tibia gauche. L'os ne pouvant être redressé fut fracturé et le membre immobilisé dans un appareil plâtré ; je vis la malade quelques jours plus tard, puis n'en entendit plus parler. Ceci se passait dans le courant de l'année 1875. Deux ans plus tard, le 21 juin 1877, elle entra à la clinique de M. Lücke pour une pseudarthrose du tibia[1]. Ses parents avouèrent que cinq semaines après le redressement que j'avais opéré, ils avaient enlevé l'appareil sans me consulter ; la petite fille s'étant remise à marcher, la courbure se reproduisit. Actuellement les os de la jambe vers le 1/3 inférieur sont incurvés en arrière et forment un angle à sommet antérieur. On constata un certain degré de mobilité. M. Lücke fit une première opération le 25 juin ; la consolidation ne s'effectuant pas, il en pratiqua une deuxième le 6 novembre suivant.

Elle consista à aviver les fragments et à les réunir à l'aide de deux sutures d'argent ; puis à enfoncer dans chaque fragment un bâtonnet d'ivoire de 3 millimètres de diamètre, pour exciter la for-

V. *Nouvelles considérations sur l'ostéotomie*, p. 40, obs. IX et X.

Traitement de la pseudarthrose, par A. Otz. *Thèse*. Strasbourg, 1878.

mation osseuse. Cette tentative, pas plus qu'une troisième, ne réussit.

Je fis de mon côté, 3 ans plus tard (1881), une nouvelle opération qui échoua comme les précédentes. Actuellement la pseudarthrose persiste, et la jeune fille ne peut marcher qu'à l'aide d'un appareil de soutien.

Il ne faudrait pas incriminer d'emblée l'ostéoclasie dans ce cas malheureux. Le premier appareil ayant été enlevé prématurément et cela à notre insu, l'on peut admettre que le cal n'était pas assez solide pour permettre la marche ; ou bien que le rachitisme n'étant pas guéri, la déviation s'est reproduite tout naturellement. Je suis tout disposé à admettre cette explication ; je ferai cependant une réserve, qui me paraît devoir être signalée, d'autant plus que M. Berger vous a rapporté tout dernièrement un cas d'ostéoclasie également suivi de pseudarthrose ; et je me demande si la réparation osseuse chez cette malheureuse petite fille n'eût pas été plus régulière à la suite d'une ostéotomie ! Je serais pour ma part très tenté de l'admettre, étant donné les résultats que j'ai obtenus dans mes 32 ostéotomies toutes suivies de succès.

Ces 32 cas se décomposent comme suit :

1° 18 incurvations rachitiques des jambes = 18 succès, dont 14 guérisons sans suppuration sous un seul appareil plâtré (obs. II, VI à XVIII, série A) ; l'âge des opérés a varié de 18 mois à 7 ans ;

2° 10 genoux valgus = 10 succès, dont 3 sous 1 seul pansement (obs. VII, IX, X de la série B) ; 3 sous 2 pansements (obs. série B, II, V, VI, VIII) ; 2 sous 3 et 4 pansements ; enfin 1 seul après suppuration abondante et érysipèle phlegmoneux (ostéot. cunéiforme, obs. B, IV). Ces opérations concernent 8 sujets, dont 6 de 14 à 28 ans, et deux de 3 ans ;

3° 3 fractures mal ou non consolidées nécessitant 1 fois la résection cunéiforme du tibia ; 1 fois l'ostéotomie du péroné : 3 succès dont 1 sans suppuration, chez 3 adultes de 35 à 49 ans ;

4° 1 ostéotomie trochantérienne du fémur pour ankylose vicieuse de la hanche = 1 succès sans une goutte de pus.

Au total, sur ces 32 ostéotomies, il ne reste qu'une seule complication d'érysipèle (série B, obs. IV) ; sur les 31 autres cas, 23 fois il y a eu absence totale de suppuration et guérison sous 1 ou 2 pansements ; 6 fois suppuration minime, et 2 fois suppuration abondante (obs. I et III, série C).

Quant au résultat définitif, il a été parfait chez les 32 opérés, qui sont encore tous en vie aujourd'hui.

Observations résumées.

A. *Ostéotomies pour incurvations rachitiques.*

Obs. I et II. — Dick (Marie), 7 ans, entre à l'hôpital de Strasbourg le 8 octobre 1874. Incurvation rachitique des tibias (jambes en parenthèse). La courbure siège à la jonction du 1/3 moyen avec le 1/3 inférieur du tibia ; les jambes décrivent un arc de cercle prononcé à concavité interne. Les malléoles ne peuvent être rapprochées ; la distance qui les sépare est de 15 centimètres ; écartement entre la crête des tibias = 35 centimètres. Marche sur le bord externe des pieds. Démarche oscillante.

1° Ostéotomie partielle du tibia droit le 10 octobre 1874. *L'extrémité du ciseau* se brise et *reste solidement fixée* dans l'os ; les tentatives d'extraction restent infructueuses ; le corps étranger est abandonné dans l'os. Réunion immédiate. Lister. Appareil plâtré après redressement du membre. *Réaction nulle.* Consolidation le 7 novembre suivant (3e semaine) ;

2° Ostéotomie totale à gauche le 17 octobre 1874. Redressement facile. Lister. Réunion immédiate. Gouttière plâtrée postérieure. Réunion par 1re intention absolue. Consolidation au bout de 4 semaines. Au bout de 2 mois, l'opérée marche sans soutien (a été présentée à l'assemblée générale des médecins du Bas-Rhin le 1er juillet 1875. Démarche naturelle. Aujourd'hui, *9 ans 1/2 après l'opération*, D. M... est une grande jeune fille, bien conformée, se tenant bien, marchant parfaitement et présentant des jambes d'une rectitude absolue).

Obs. III. — Bruns (Marie), 5 ans. Incurvation rachitique du tibia ayant occasionné un pied valgus. Marche sur le bord interne du pied. Signes de rachitisme aux poignets : chapelet costal.

Ostéotomie totale du tibia le 1er juin 1875, après vaines tentatives d'ostéoclasie manuelle. Réunion. Lister. Gouttière plâtrée postérieure. Réaction légère (38°,5) occasionnée par la suture, qu'on enlève au bout de 24 heures ; à partir de ce moment, apyrexie complète. Deux redressements complémentaires. Cicatrisation et consolidation au bout d'un mois. Appareil circulaire pendant un mois, au bout duquel l'opérée marche.

Obs. IV et V. — Marie Dubois, 3 ans. Signes de rachitisme aux côtes. Genoux valgus plus prononcé à droite. Pied valgus rachitique à gauche. Marche sur le bord interne du pied.

Ostéoclasie du genou valgus le 14 juin 1875 (d'après Debove). Accident chloroformique faisant remettre au lendemain l'ostéotomie du tibia gauche.

Ostéotomie du tibia et du péroné (cette dernière nécessitée par l'éburnation considérable des os et l'impossibilité de redresser le membre).

Le 15 juin 1875, suture. Lister. Gouttière plâtrée. Le soir du 2e jour, T. 40° 1/2. Désunion intentionnelle des bords de la plaie et chute de la

Paris, Société d'imp. Paul Dupont. 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 42.7.84. *Le Gérant :* G. Masson.

température. Cicatrisation et consolidation de la plaie d'ostéotomie au bout d'un mois. Redressement parfait.

Le redressement manuel du genou valgus donne lieu à une série d'accidents graves : décollement du fémur jusqu'au niveau du petit trochanter. Abcès multiples nécessitant plusieurs incisions et drainages. La guérison s'effectue sans élimination de séquestres : elle est complète au bout de 4 mois.

Obs. VI et VII. — Robert (Ernest), 5 ans. Incurvation rachitique des tibias. Sinus de l'angle, au niveau du maximum de courbure, est de 7 centimètres à gauche, de 6 1/2 à droite. Tentatives d'ostéoclasie infructueuses. Ostéotomie linéaire des tibias à 15 jours d'intervalle. Redressement immédiat. Ni sutures, ni drainage. Silk et carré de ouate. Appareil plâtré circulaire. Redressement parfait et consolidation au bout d'un mois (10 octobre 1880). Guérison maintenue après 3 ans.

Obs. VIII et IX. — Joseph-Hubert Jormus, 18 mois. Incurvation rachitique des tibias. Sinus de l'angle au niveau du maximum de courbure = 7 centimètres à gauche, 8 à droite.

Ostéotomie du tibia droit le 24 août 1880.

Ostéotomie du tibia gauche le 1er septembre. Pansement *ut supra*.

Pas de pus ni de réaction. Enlèvement des appareils le 2 octobre. Redressement et consolidation parfaits. Guérison maintenue après 3 ans.

Obs. X. — Henriette Singer, 2 ans. Incurvation rachitique du tibia droit : sinus de l'angle au niveau de la courbure = 7 centimètres. Redressement manuel impossible, sous le chloroforme.

Ostéotomie le 19 juin 1881. Exeat le jour même. Pansement *ut supra*.

Le 16 juillet, guérison sous-crustacée. Consolidation parfaite. Par précaution appareil plâtré pendant un mois. Guérison maintenue depuis lors.

Obs. XI et XII. — Henri Müller, 3 ans. Incurvation rachitique des tibias et des fémurs. Les pieds peuvent être adossés par leur face plantaire sans fluxion concomitante des genoux. Dans cette position, et en plaçant les cuisses en abduction, les membres inférieurs décrivent un arc de cercle complet. Écartement des genoux = 23 centimètres, des malléoles = 8 centimètres.

Double ostéotomie des tibias à dix jours d'intervalle. Pas de réaction. Consolidation le 20e et le 30e jour (26 août 1881).

Le 2 septembre, ostéoclasie de l'épiphyse supérieure du tibia, d'après Debove, pour parfaire le redressement.

Obs. XIII et XIV. — Marie Heinrich, 2 ans 1/2. Incurvation rachitique des tibias. Ostéoclasie manuelle échoue. Ostéotomie des tibias le 23 mars et 22 avril 1882. Guérison sans réaction et consolidation au bout d'un mois.

Obs. XV et XVI. — H. W., 2 ans 1/2. Incurvation rachitique des

tibias. Ostéoclasie manuelle échoue. Ostéotomie du tibia droit le 18 mai 1882, en présence des professeurs agrégés Nicaise, Bouilly. Ostéotomie à gauche le 20 mai. Guérison sous l'appareil plâtré au bout de 4 semaines. Consolidation et redressement parfaits.

Obs. XVII.—Marie Th..., 3 ans. Incurvation rachitique du tibia droit. Ostéotomie après vaines tentatives de redressement manuel le 16 juin 1882. Guérison sous l'appareil plâtré au bout d'un mois. Consolidation maintenue depuis lors.

Obs. XVIII. — Marie Lonnendruskcr, 4 ans. Incurvation rachitique du tibia gauche. Ostéotomie le 6 février 1883. Guérison sous appareil plâtré au bout d'un mois. Consolidation maintenue.

Total : 18 cas, 18 guérisons; les 13 derniers sous un pansement sans suppuration; les 5 premiers avec réaction due à la réunion immédiate.

B. *Ostéotomies pour genoux valgus.* — a) *Ostéotomie portant sur le tibia.*

Obs. I et II. — Mairé (Aug.) de Lapontroie, 22 ans. Genoux valgus gauche et varus droit. Ostéotomie cunéiforme du tibia gauche le 25 novembre 1879; guérison sous 3 pansements de Lister le 6 décembre. Ostéotomie linéaire du tibia droit le 8 décembre. Guérison sous 2 pansements le 16 décembre. Appareils plâtrés circulaires des 2 côtés. Consolidation au bout de 3 mois. Résultat parfait et bien maintenu. (Comm. acad. médic., voy. *loc. cit.*)

Obs. III. — Malacarno (Amadeo), 28 ans. Genou valgus. Ostéotomie cunéiforme du tibia le 20 décembre 1875. Guérison avec suppuration minime sous 4 pansements. Le 10 janvier, appareil plâtré circulaire. Redressement parfait. Consolidation au bout de 7 semaines (50e jour).

Obs. IV. — Uhri (Augustin), 18 ans. Genu valgum droit. Ostéotomie cunéiforme le 9 juillet 1880. Guérison en 2 mois 1/2 après suppuration et érysipèle phlegmoneux. Redressement parfait.

b) *Ostéotomie portant sur le fémur* (Mac-Ewen).

Obs. V. — E. Leiser, 15 ans. Genu valgum consécutif à une arthrite. Tentatives de redressement manuel; puis ostéotomie du fémur d'après Mac-Ewen. Guérison sans suppuration aucune après 2 pansements de Lister modifiés. Consolidation au bout de 5 semaines. (Voy. *Rev. chir.*, loc. cit.)

Obs. VI. — Auguste Vogeljard, 3 ans. Ostéotomie linéaire du fémur d'après Mac-Ewen. Genou valgus, après tentatives de redressement manuel. Pansement iodoformé. Guérison et consolidation le 28e jour sous 2 pansements, combinés avec appareil plâtré. (Voy. *Rev. chir.*, loc. cit.)

Obs. VII. — Alphonse Klaupmann de Rischheim, 2 ans 1/2. Genou valgus redressé par l'ostéotomie du fémur d'après Mac-Ewen (31 octobre 1882). Guérison sous 1 pansement iodoformé et appareil plâtré le 23 novembre suivant.

Obs. VIII. — Schmitt (Georges), 18 ans. Genou valgus, consécutif à un traumatisme grave du genou. Ostéotomie de Mac-Ewen le 28 mai 1882. Guérison sans suppuration sous 2 pansements avec gaze iodoformée et coton hydrophile (attelle à pédales).

Obs. IX et X. — Brendt (Marguerite), 14 ans. Genou valgus double. Écartement des malléoles = 30 cent. 1/2. Ostéotomie double d'après Mac-Ewen, à 4 jours d'intervalle (31 août et 4 septembre 1882). Guérison sous un seul pansement iodoformé au bout de 3 semaines. Apyrexie complète. Par précaution appareil plâtré pendant 3 mois.

Total : 10 cas = 10 guérisons ; les 6 derniers et le premier sans une goutte de pus d'après Mac-Ewen ; les 4 premiers étaient des ostéotomies cunéiformes du tibia.

c) *Ostéotomies pour fractures mal ou non consolidées.*

Obs. I. — Reiss (Philippe), 46 ans, entré le 6 septembre 1875 à l'hôpital civil. Cal anguleux du tibia. Ostéotomie cunéiforme. Pas de réunion. Pansement de Lister incomplet. Suppuration minime. Redressement et consolidation en 7 semaines. (Voy. *Nouvelles considérations sur l'ostéotomie.*)

Obs. II. — Waikel (Nicolas), 35 ans. Fracture compliquée du tibia. Réaction des fragments. Écartement de 5 centimètres ; nécessitant l'ostéotomie du péroné dans le but de permettre la coaptation. Guérison de la plaie d'ostéotomie par première intention. (Voy. *Rev. chirg.*, loc. cit.)

Obs. III. — Becht (G.), 49 ans, de Dorlishcim. Fracture compliquée du tibia le 10 novembre 1883. Au bout d'un mois, il n'y a pas trace de consolidation. Suppuration abondante et fétide. Le 10 décembre, opération consistant à mettre à nu la fracture. On constate entre les deux fragments un faisceau musculaire interposé et une fracture en V. Résection de 5 centimètres des deux extrémités du tibia. On peut dès lors mettre les fragments en présence, mais la coaptation ne se maintient pas, le péroné faisant ressort et maintenant un écartement de 5 centimètres entre les surfaces réséquées. Ostéotomie d'une rondelle du péroné qui permet de réduire la fracture et de maintenir la réduction. Pansement antiseptique et immobilisation sur attelle à pédale. Consolidation au bout de 2 mois, après élimination de deux petits réfustrés. Raccourcissement = 4 centimètres.

d) *Ostéotomie sous-trochantérienne pour ankylose de la hanche; suite de coxalgie ancienne.*

Obs. IV. — Irma Robinson, 8 ans, de New-York. Coxalgie ancienne. Attitude vicieuse. Abcès froid indépendant de la lésion osseuse à la partie antérieure de la cuisse. Excision et drainage de la poche de l'abcès. Ostéotomie sous-trochantérienne du fémur trois semaines plus tard. Guérison en 12 jours. Consolidation au bout d'un mois (13 septembre à 31 octobre 1881). (Déjà publiée. Voy. *Rev. chir.*, loc. cit.)

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le secrétaire,

J. Championnière.

Séance du 11 juin 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° Le tome XIX de la 2e série de la Société médicale des hôpitaux ;

3° Une brochure intitulée : *Raisons pour écarter le drainage dans les plaies récentes*, par le Dr Neuber, de Kiel ;

4° Des méthodes d'enseignement à l'Université de Kiel, par le professeur Esmarck ;

5° M. Chauvel offre, au nom de M. Bousquet et au sien, l'article *Pansement*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ;*

6° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique annonçant qu'une somme de 800 francs a été inscrite, au nom de la Société de chirurgie, à titre d'encouragement pour ses travaux.

Un *vote* a lieu pour désigner 2 membres qui feront partie de la commission du congrès de chirurgie. MM. Bouilly et Monod ayant obtenu chacun 21 voix sur 25 votants sont désignés.

A propos du procès-verbal.

Cancer de l'utérus.

M. Verneuil. Dans la dernière séance, j'ai dit que l'ablation totale de l'utérus cancéreux ne pouvait être proposée qu'alors que la lésion locale était extrêmement circonscrite, et j'ajoutais que dans ces conditions l'ablation partielle donnait d'aussi bons résultats. Voici quelques chiffres à l'appui de cette manière de voir :

J'ai fait 20 ablations du col : deux fois il s'agissait d'un allongement hypertrophique, une fois d'une métrite scléreuse prise pour un cancer, avec mort ; dans les 17 autres cas il s'agissait d'un épithélioma.

Sur 17 cas, j'ai perdu une malade, à la suite de l'ouverture du cul-de-sac postérieur du péritoine. A cette époque, on ne faisait pas d'antisepsie. Aussi la malade succomba-t-elle rapidement à une péritonite.

Sur les 16 cas restant, le maximum de la survie a été de 7 ans, le minimum de six mois.

Deux malades ont survécu 3 ans : je les ai perdues de vue à cette époque, de telle sorte que je ne saurais dire si la guérison s'est maintenue.

Si je fais la moyenne de la survie de mes opérées, en comptant 0 pour celle qui est morte de l'opération, je trouve qu'elles ont vécu 326 mois en tout, soit 19 mois pour chaque malade. En éliminant la malade morte des suites de l'opération, en augmentant la survie de celles que j'ai perdues de vue j'arriverai facilement au chiffre de 2 ans. Je doute fort que les amputations totales donnent de pareils résultats.

Lorsque j'ai fait les opérations dont il vient d'être question, je me suis proposé tantôt d'enlever la totalité du mal, tantôt de n'en enlever qu'une partie. Un certain nombre d'opérations faites avec la ferme intention de dépasser les limites du mal n'ont pu atteindre le but proposé.

Les opérations même incomplètes m'ont toujours donné de bons résultats.

J'ai en ce moment dans mes salles trois malades entrées pour de gros fongus mollasses, saignant, remplissant le vagin, auxquelles j'ai pratiqué le curage du néoplasme ; ces opérations sont faites depuis quatre, cinq et six mois, et leur existence est très supportable, bien que sur l'une d'elles il y ait eu à un moment donné une poussée de péritonite assez sérieuse. Une quatrième malade, opérée de la même manière, a succombé à des accidents rénaux.

Toutefois, je ne rejette pas d'une manière absolue l'ablation totale de l'utérus, je crois même qu'il est un cas où elle pourrait être plus particulièrement indiquée, c'est lorsqu'on se trouve en présence de la variété de cancer si bien décrite par M. Ch. Robin sous le nom d'épithélioma glandulaire, et que l'on rencontre surtout chez les jeunes femmes. Ce cancer remonte généralement très haut dans la cavité utérine, ce qui est une condition défavorable à l'extirpation partielle; mais, par contre, comme il n'a pas une très grande tendance à envahir les tissus voisins et les ganglions, on peut espérer que l'ablation totale amènera une guérison radicale. Malheureusement, à l'heure actuelle, les chances de mort à la suite de cette ablation sont trop sérieuses pour que cette opération entre dans la pratique courante.

M. Després. J'ai pratiqué sept fois l'ablation du col, trois fois pour hypertrophie, quatre fois pour des cancers. Sur ces quatre malades, deux sont mortes peu de temps après l'opération. L'une, opérée avec l'écraseur, a succombé à une septicémie aiguë ; l'autre, opérée avec l'anse galvanique, est morte de généralisation au bout de trois mois.

Les deux autres malades, opérées avec l'anse galvanique, n'ont pas présenté d'accident et sont sorties de l'hôpital guéries en apparence. La différence dans les résultats s'explique par la différence dans l'état général de ces diverses malades.

Les deux premières en étaient arrivées à la période de cachexie, aussi l'opération ne leur a-t-elle été d'aucune utilité. Les secondes, dont l'état général était satisfaisant, en ont retiré un certain bénéfice. C'est donc d'après l'état général que l'on se guidera pour apprécier la valeur des opérations palliatives dont nous parle M. Verneuil.

Jobert de Lamballe traitait ses malades atteintes de cancer du col par des cautérisations hebdomadaires au fer rouge. Elles paraissaient s'en trouver très bien, mais leur survie n'était pas plus grande. Elles vivaient dix-huit mois environ, comme toutes les malades atteintes du cancer utérin, qu'il soit ou qu'il ne soit pas traité.

M. Trélat. J'avoue que j'ai été surpris d'entendre M. Verneuil nous parler d'un aussi grand nombre d'opérations partielles sur le col utérin atteint de cancer au début. Pour mon compte, je n'ai eu l'occasion d'observer que deux cas de ce genre, et cela parce que, ainsi que je le disais à la dernière séance, le diagnostic du cancer au début est difficile et les femmes ne se présentent généralement pas à nous à cette période.

En ce qui concerne les opérations palliatives dont nous parle M. Verneuil : grattages, nettoyages, pansements divers, destinés à combattre les douleurs, les hémorragies, l'écoulement ichoreux, ce sont-là de petites opérations ou mieux de véritables pansements que nous mettons tous en usage, et qui certainement donnent de bons résultats. La survie des malades est incontestablement plus grande, leur état général, leur embonpoint s'améliore, bref, on peut leur donner l'illusion de la guérison.

M. Verneuil. Il m'est assez facile d'expliquer pourquoi j'ai dans ma pratique un plus grand nombre de cas d'ablations partielles de l'utérus que M. Trélat.

D'abord, c'est parce que j'ai cinq ans de plus que lui dans les hôpitaux ; ensuite, parce que, ayant été un des premiers à adopter l'écraseur de Chassaignac, j'ai dû forcément enlever plus de langues et plus de cols utérins que ceux qui n'ont adopté l'instrument que tardivement. Enfin, si le nombre de mes cas est considérable, c'est surtout parce que j'ai fait rentrer dans ma statistique des opérations que je faisais, sachant fort bien qu'elles seraient incomplètes.

Rapport sur deux communications de M. Kirmisson intitulées : la première : *Anévrisme inguinal du côté droit ; ligature de l'iliaque externe. Guérison.* — La seconde : *Mémoire sur les anévrismes inguinaux et la ligature de l'iliaque externe*, par M. Paul Berger.

Rapport.

Dans ces derniers temps, M. Kirmisson a deux fois appelé votre attention sur l'importante question des anévrismes inguinaux et de la ligature de l'artère iliaque externe qui leur est applicable ; la première fois, à l'occasion d'un malade qui avait été atteint de cette affection, qui avait été guéri par cette opération et qu'il vous a présenté ; la seconde fois, par la lecture d'un mémoire véritable où un très grand nombre de faits récents du même ordre se trouvent réunis, analysés et commentés, mémoire où sont judicieusement discutés la plupart des chapitres de cette histoire, et que termine, sous forme de conclusions, un résumé des données principales que nous possédons actuellement sur les anévrismes du pli de l'aine et sur leur traitement.

Vous avez pu, sur le malade en question, constater la parfaite guérison de l'anévrisme et reconnaître, d'après la cicatrice, le siège de la ligature portée sur l'artère et le procédé qui avait été mis en usage. Voici, en quelques mots, les traits les plus saillants de cette observation :.

Un homme de 38 ans s'est aperçu depuis une douzaine de jours, et sans cause occasionnelle appréciable, de l'apparition d'une tumeur pulsatile dans l'aine droite. Cette tumeur, siégeant à « deux centimètres au-dessous du creux inguinal », présente tous les caractères des anévrismes artériels ; elle offre le volume d'un gros œuf de poule. Il est à noter que ce sujet avait été atteint six ans auparavant d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui avait laissé après elle une iusuffisance aortique, et qu'il avait depuis lors présenté un chancre qui n'avait été suivi d'aucun signe d'infection constitutionnelle.

Le 18 août 1882, M. Kirmisson, dans le service duquel il se trouvait, tenta, sans compter beaucoup sur le succès, d'appliquer à la tumeur anévrismale la méthode de Reid.

La bande d'Esmarch fut roulée antour du membre, depuis les orteils jusqu'au-dessous de l'anévrisme ; celui-ci fut laissé libre ; au-dessus de lui, dans le pli inguinal, le chirurgien plaça le tube de caoutchouc. Les douleurs provoquées par cette compression furent telles qu'au bout d'une heure et trois minutes il fallut la supprimer ; les battements qui avaient cessé dans la tumeur reparurent, faibles d'abord. La compression digitale fut continuée sur le pli de l'aine jusqu'au soir ; puis de 5 heures à minuit elle fut remplacée par la compression mécanique. Les jours suivants le malade continua à se faire lui-même, de temps en temps, la compression digitale. Mais l'anévrisme qui avait d'abord paru durcir, et dont les pulsations avaient diminué, reprit bientôt tous ses caractères primitifs.

Vers le 2 septembre, une nouvelle amélioration toute passagère suivit l'application du compresseur de M. B. Anger, qui avait été laissé en place 24 heures : mais il n'y eut pas de résultat durable.

Le 9 septembre, M. Kirmisson eut une dernière fois recours à la compression. La bande d'Esmarch fut appliquée sur tout le membre jusqu'au-dessous de la tumeur ; la pelote du compresseur de B. Auger ayant été placée au-dessus de l'anévrisme, l'on enleva de suite la bande élastique pour diminuer les douleurs. Cette tentative étant restée infructueuse comme les précédentes, il fallut songer à la ligature de l'artère iliaque externe. Celle-ci fut pratiquée le 14 septembre par M. Kirmisson. L'incision fut celle d'Astley Cooper ; un fil de catgut nº 4 fut jeté sur l'iliaque externe à 3 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope, sans que l'opérateur eut même aperçu la veine iliaque ; un drain fut laissé dans la plaie, qui fut réunie.

La guérison se fit sans aucun incident, il n'y eut pas de suppuration profonde quoique la réunion superficielle ait échoué. La tumeur où les battements avaient cessé dès l'abord, diminua au point de ne plus présenter au 15 novembre que le volume d'une noix. Le malade a été

revu le 8 mars 1883 : l'anévrisme était réduit à un noyau dur, gros comme une petite noisette; il n'y avait aucune menace d'éventration au niveau de la cicatrice abdominale.

Plusieurs points de cette observation mériteraient d'être relevés avec soin : le siège de la tumeur qui s'était développée sur l'artère fémorale, l'existence d'un rhumatisme articulaire antérieur dont l'influence sur l'état du système vasculaire était prouvée par la lésion aortique qui en était la suite, l'insuccès des diverses tentatives de compression, digitale, instrumentale, par la méthode de Reid, enfin le beau succès de la ligature de l'artère iliaque externe, prêteraient à d'intéressantes réflexions ; mais M. Kirmisson, dans le travail dont ce fait a été le point de départ, a longuement insisté sur chacune de ces circonstances, et comme je tiens à vous demander l'insertion dans notre *Bulletin* de cet important mémoire, je croirais abuser de vos moments en entrant sur ces divers sujets dans des considérations qui ne feraient que confirmer celles que vous a présentées son auteur.

J'arrive donc au mémoire de M. Kirmisson : comme son titre l'indique, il se compose de deux parties : l'une est consacrée à l'étude des anévrismes inguinaux ; l'autre est particulièrement réservée à la ligature de l'artère iliaque externe.

A propos de la première, qui est une monographie très complète, je signalerai des considérations étiologiques d'un réel intérêt. Je relèverai surtout celle qui a trait à l'existence d'abcès ou de bubons antérieurs au pli de l'aine. M. Kirmisson rappelle à cette occasion le fait de Malgaigne et ceux de Guattani, de Salomon, de Garriso, de Bujalski et d'autres cités par cet auteur. Il a trouvé lui-même cette condition indiquée dans cinq des observations plus récentes qu'il a pu recueillir, et il se demande si, en dehors des cas où il s'agissait de l'ulcération des parois artérielles en contact avec un abcès et de la transformation de cet abcès en un anévrisme faux par communication de sa cavité avec celle de l'artère, on ne pourrait, dans les cas où ce mécanisme ne peut être invoqué, penser à une altération de voisinage, à une inflammation chronique communiquée aux tuniques vasculaires, en amenant peu à peu la dégénération, le défaut de résistance et l'ectasie. Cette interprétation, qui est d'accord avec les notions reçues en pathologie générale, nous paraît devoir être prise en sérieuse considération. Je passe sur différents points de cette étude, désirant m'attacher uniquement à ceux qui sont d'un intérêt tout actuel.

J'arrive donc au traitement; les relevés de M. Kirmisson, qui portent sur 53 cas d'anévrismes inguinaux, démontrent l'efficacité de la ligature, l'insuffisance absolue des autres moyens thérapeu-

tiques : 17 fois, sur ces 53 cas d'anévrismes, la compression mécanique a échoué; 8 fois la compression digitale a été tentée sans résultat. La méthode de Reid (compression avec la bande d'Esmarch) n'a pas été plus heureuse dans les cas de Fleming, de Winkfield et de l'auteur. Le repos prolongé, l'application de glace, la flexion permanente, n'ont également rapporté que des insuccès à ceux qui les ont mis en usage. Pourtant M. Kirmisson mentionne deux faits de guérison où la compression pratiquée par M. Alphonse Guérin aurait amené la guérison. Nous allons voir quels résultats la ligature peut opposer à ceux-ci.

Ce sont ces résultats que considère M. Kirmisson au commencement de la seconde partie de son travail : je vous les rappelle sommairement. En 1847, Norris, analysant 118 cas de ligature de l'artère iliaque externe, relevait 83 morts, soit 27,90 0/0 de mortalité. En 1864, Eutter, sur une statistique de 157 cas, trouvait 47 morts, soit une mortalité de 30,7 0/0. Sur 90 opérations nouvelles, colligées dans la *Littérature médicale* de 1865 à 1883, M. Kirmisson ne trouve plus que 19 morts, soit 22,61 0/0 de mortalité. Cette diminution dans la gravité des résultats de la ligature de l'iliaque externe devient plus frappante encore, si l'on considère à part les cas où cette opération a été pratiquée pour des anévrismes, et ceux où on y a eu recours, contraint par des hémorragies artérielles, ou pour obtenir la cure d'éléphantiasis du membre inférieur. Sur 69 cas de ligature pour anévrismes inguinaux, l'on ne trouve en effet que 13 morts, soit 18,84 0/0 de mortalité.

M. Kirmisson attribue avec raison cette amélioration des statistiques opératoires à l'emploi de la méthode antiseptique ; la preuve en est fournie par la disparition des cas d'infection purulente survenant à la suite de cette ligature ; les 69 cas en question ne nous en fournissent qu'un exemple, et dans ce fait il est expressément noté qu'aucune précaution antiseptique n'avait été prise. La diminution des hémorragies secondaires, accusée par la statistique, doit être rattachée à la même cause ; nul doute que les pansements antiseptiques, en supprimant les suppurations qui se produisent autour des vaisseaux, ne diminuent la fréquence des hémorragies qui en sont la suite. Pourtant M. Kirmisson a relevé ce fait en apparence contradictoire, que dans les 4 cas où des hémorragies secondaires se sont produites, on avait eu recours à la ligature au catgut; mais l'examen attentif des faits lui a permis de montrer que la nature du fil employé n'avait pu dans ces différents cas avoir aucune influence sur un accident manifestement dû à d'autres causes ; la rupture du sac, dans deux cas ; une suppuration profonde ayant probablement déterminé l'ulcération d'une veine, dans le troisième ; le dernier fait enfin, manquant absolument de détails qui permissent d'établir

la pathogénie de l'hémorragie. Pour ce qui est de la durée de la guérison, sur 75 cas de ligatures par anévrismes, les battements ne réapparurent dans la tumeur que 6 fois : 3 fois la récidive fut temporaire et la guérison survint spontanément ; dans deux cas, elle dut être provoquée, une fois par l'ouverture du sac, l'autre fois par son extirpation. Dans une dernière observation, les pulsations étaient encore perceptibles au moment de sa publication.

On voit donc que les résultats de la ligature de l'artère iliaque externe appliquée au traitement des anévrismes inguinaux sont des plus encourageants, et l'on peut dire avec M. Kirmisson que, sans rejeter absolument les autres méthodes de traitement, qui pourront toujours être employées à titre d'essai, c'est l'opération qui, en pareil cas, doit être la règle et dont on est en droit d'attendre les meilleurs résultats.

Il me reste à dire quelques mots du manuel opératoire de la ligature de l'artère iliaque externe auquel M. Kirmisson a consacré les dernières pages de son travail.

Des quatre principaux procédés mis en usage et auxquels se rattachent tous les sous-procédés dont on trouve la description dans les traités de médecine opératoire, deux, ceux de Bogros et d'Abernethy, nous paraissent, comme à l'auteur de ce mémoire, devoir être complètement rejetés : le premier, parce qu'il ne permet d'arriver à l'artère qu'en un point, où ses abords sont défendus par des obstacles multipliés ; le second, parce qu'il expose trop à la blessure du péritoine et à l'éventration consécutive. Restent les procédés d'Astley Cooper et de Marcellin Duval.

Le procédé d'Astley Cooper est en quelque sorte le procédé classique, quand il s'agit de lier l'iliaque externe pour des anévrismes inguinaux qui ne remontent pas trop au-dessus de l'arcade de Fallope : et les relevés de M. Kirmisson nous prouvent que c'est le cas le plus commun. Mais qu'il me soit permis de revenir sur un précepte que M. Farabeuf a longuement développé dans son *Précis de médecine opératoire*, et dans une communication qu'il a faite dans cette enceinte, le 23 mars 1881. Une fois que l'aponévrose du grand oblique a été sectionnée dans l'étendue que l'on veut donner à l'incision, il faut déposer le bistouri : A. Cooper, le premier, l'a établi avec une grande vigueur : *There will be no occasion to make any further use of the knife*. Il faut chercher avec le doigt, à la partie la plus interne de la plaie, les bords confondus des muscles petit oblique et transverse, les relever de dedans en dehors, effondrer avec le doigt le fascia transversalis que l'on aperçoit au-dessous d'eux, et, après avoir relevé avec la pulpe des doigts le péritoine doublé de la graisse sous-péritonéale, les faire récliner vers la partie supérieure par les doigts d'un aide plutôt qu'au moyen d'un écarteur métallique,

dont l'action serait à la fois moins douce et moins sûre. Ce précepte est d'autant plus nécessaire à suivre, que le fascia transversalis est souvent fort adhérent au péritoine en raison des modifications produites par des tentatives de compression antérieure, et que, pour peu qu'on s'écartât de ses insertions à l'arcade de Fallope, en le chargeant sur une sonde cannelée, ou même en cherchant à le déchirer avec le bec de cet instrument, on s'exposerait au danger d'ouvrir du même coup le péritoine. M. Kirmisson a beau nous montrer que cet accident n'a pas, en général, de conséquences graves, il n'importe pas moins de l'éviter à tout prix.

Cette précaution n'est jamais plus indispensable que quand il faut avoir recours au procédé de M. Marcellin Duval, le seul qui soit applicable dans les cas où le fil doit être porté très haut sur l'artère iliaque externe. C'est, on le sait, une combinaison des incisions d'Astley Cooper et d'Abernethy dans laquelle la première moitié de l'incision étant parallèle à l'arcade de Fallope, la seconde s'en écarte pour remonter de bas en haut en revenant vers la région ombilicale. Si, dans l'application de ce procédé, on voulait mener de front, sur toute la hauteur, la section des plans musculo-aponévrotiques, on courrait un très grand danger de blesser le péritoine, qui, vers la partie supérieure et externe de l'incision, est immédiatement accolé à l'aponévrose du muscle transverse. Aussi me paraît-il sage de conduire l'opération comme la nécessité m'a forcé de le faire, dans un cas dont j'ai présenté le résultat à la Société, dans la séance du 25 octobre 1882. Dans cette opération, j'avais eu recours à l'incision d'Astley Cooper; mais l'angle externe de celle-ci, trop rapproché de l'épine iliaque antéro-supérieure, faisait bride et empêchait de décoller le péritoine assez haut pour découvrir l'artère qui devait être liée très haut. Sur le conseil de M. Farabeuf, qui assistait à l'opération, je recourbai l'extrémité externe de l'incision suivant une ligne courbe revenant vers l'ombilic dans une étendue de 3 à 4 centimètres : le doigt, introduit au-dessous des muscles que je sectionnais, protégeait le péritoine mis à nu et décollé dans toute la partie inférieure et externe de l'incision, et ainsi je pus atteindre, sans difficulté et sans courir le danger d'intéresser la séreuse abdominale, l'artère iliaque vers sa partie moyenne.

Comme dans le cas où la ligature est pratiquée pour un anévrisme inguinal dépassant le niveau de l'arcade crurale, on ne sait jamais à l'avance sur quel point de l'artère on sera forcé de jeter le fil, il me semble qu'il y aurait tout avantage à commencer l'opération par le procédé d'Astley Cooper, et si l'impossibilité d'atteindre l'artère par cette incision se trouvait démontrée, à prolonger la section de la paroi abdominale suivant la direction voulue, le doigt, dans ce second temps de l'opération, servant de guide aux instruments et de

protection au péritoine. On aurait en outre la possibilité d'éviter parfois de faire une incision courbe trop étendue, en ne l'agrandissant ainsi qu'à mesure et suivant les besoins du cas particulier.

J'insiste à dessein sur ce dernier avantage d'une opération moins réglée et moins brillante, peut-être mais certainement plus sûre. La réunion d'une incision courbe de la paroi abdominale est difficile ; elle échoua chez le malade que j'avais opéré, l'espèce de lambeau circulaire qu'elle limitait, de rétracter notablement, et si je fus assez heureux pour éviter une suppuration profonde, la guérison ne s'obtint néanmoins qu'à la faveur d'une cicatrice abdominale assez étendue que je fus obligé de protéger par un bandage approprié.

Discussion.

M. Verneuil. Je félicite M. Berger du remarquable rapport qu'il vient de nous lire ; il me permettra toutefois de lui exprimer un regret, c'est de le voir attribuer les hémorragies secondaires qui suivent quelquefois la ligature de l'iliaque externe, à la non-réunion de la plaie et à la suppuration qui en est la conséquence.

Ce n'est pas le contact du pus qui produit les hémorragies secondaires des plaies qui ne se réunissent pas, elles résultent généralement soit de la fièvre qui accompagne la septicémie, soit d'une lésion viscérale antérieure, principalement le foie et les reins.

M. Farabeuf. Il est deux grands principes qui doivent toujours guider le chirurgien lorsqu'il fait une ligature : il doit faire suivre à ses instruments le chemin le plus sûr et le plus court.

En ce qui concerne l'iliaque externe, en particulier, et suivant que l'on voulait se rapprocher de l'un ou de l'autre de ces principes, on a proposé l'incision à côté ou sur le trajet du vaisseau. Le procédé de Roux, qui faisait l'incision presque dans le flanc, est dans le premier de ces cas ; les procédés de A. Cooper, Bogros et Abernethy sont dans le second.

De tous ces procédés, celui de Cooper est le meilleur, parce qu'il est le plus direct, à la condition toutefois que l'on adopte la règle posée par le chirurgien anglais et non celle que Malgaigne indique comme étant sienne. Malgaigne, en effet, traduisant A. Cooper, confondit l'orifice inguinal externe avec l'orifice inguinal interne, et déclara qu'il fallait commencer l'incision en dehors de l'orifice externe, ce qui la place latéralement par rapport au vaisseau. Or, Cooper indique que l'on doit commencer en dehors de l'orifice inguinal interne, ce qui place l'incision directement sur le vaisseau.

M. Berger a raison de dire que l'on doit laisser le bistouri aussitôt que l'on a incisé l'aponévrose du grand oblique et de se borner

à écarter les muscles avec des instruments mousses, ou mieux encore avec les doigts.

En ce qui concerne l'opération de Marcellin Duval, je suis également de l'avis de notre collègue, on ne doit agrandir l'incision, en lui donnant une direction courbe, que dans le cas où l'on voit qu'il est impossible de lier assez haut avec l'incision droite.

M. Desprès. Lorsque l'on veut lier l'artère iliaque, il faut distinguer, suivant que l'on a affaire à des sujets gras ou à des sujets maigres, chacun d'eux ne se prêtant pas toujours au même procédé de ligature.

Je suis de l'avis de M. Verneuil, en ce qui concerne les hémorragies secondaires. Elles sont souvent la conséquence de la septicémie; mais cette cause n'est pas unique. On doit tenir également grand compte des causes mécaniques sur lesquelles ont insisté tous les vieux chirurgiens, telles que : chute prématurée du fil, mouvements du malade, etc. J'ai dans ce moment un malade auquel j'ai lié la linguale, pendant une extirpation de la langue. Au huitième jour, eut une hémorragie grave, provoquée par une longue conversation.

M. Berger. Je remercie M. Verneuil des termes flatteurs dans lesquels il a bien voulu parler de mon rapport.

Pour répondre au regret qu'il vient d'exprimer, je dirai qu'il n'a jamais été dans ma pensée d'affirmer que le seul contact du pus puisse provoquer l'ulcération d'un vaisseau. J'ai seulement voulu indiquer que la réunion par première intention, que la méthode antiseptique nous permet de rechercher, en entourant l'artère d'adhésions solides, diminue notablement la chance d'hémorragies secondaires.

M. Marchand. Ayant eu à lier l'iliaque externe pour un anévrisme du pli de l'aine, j'ai tout d'abord fait l'incision d'A. Cooper, mais celle-ci ne m'ayant pas suffi, j'ai dû faire remonter la partie externe de l'incision du côté de l'ombilic, comme le recommande M. Duval.

Les conclusions du rapporteur, remerciements à l'auteur et impression du mémoire sont adoptées.

Mémoire sur les anévrismes inguinaux et sur la ligature de l'artère iliatique externe, par E. Kirmisson.

Vers la fin de l'année 1882, j'eus l'occasion de présenter à la Société de chirurgie un malade auquel j'avais pratiqué la ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme inguinal. Depuis le mémoire

de Malgaigne, inséré dans le *Journal de chirurgie* de 1846, aucun travail d'ensemble n'a paru sur les anévrismes inguinaux. Quant à la ligature de l'iliaque externe, la discussion qui a suivi la communication de M. Farabeuf sur ce sujet à la Société de chirurgie [1] a prouvé qu'on était loin de s'entendre sur le meilleur procédé à adopter. Telles sont les raisons qui m'ont engagé à faire les recherches dont j'apporte aujourd'hui les résultats. Ces recherches ont porté sur 90 cas de ligature de l'iliaque externe, publiés de 1865 à 1883, postérieurs par conséquent à la statistique d'Eutter qui a paru dans l'*American Journal* de 1864.

I

Des anévrismes inguinaux.

Les conclusions auxquelles je suis arrivé sur ce sujet confirmant pleinement celles de Malgaigne et de Norris, je les exposerai le plus brièvement possible.

Sexe. — Sur 68 observations relevées par Malgaigne, il y avait une seule femme.

Sur 100 cas, Norris en a trouvé 5 chez des femmes.

Sur 48 de nos observations où le sexe est indiqué, nous en relevons 45 chez l'homme et 3 seulement chez la femme.

Age. — Pour Malgaigne, le plus grand nombre des anévrysmes inguinaux se voient de 30 à 45 ans; sur 81 cas, Norris en compte 29 de 20 à 30 ans, et 26 de 30 à 40. C'est aussi entre 30 et 40 ans que nous trouvons le maximum de fréquence, soit 19 cas de 30 à 40 ans, et 10 de 20 à 30, sur un total de 45 cas.

Côté. — Il n'y a aucune prédominance marquée à cet égard. Sur 48 cas où le côté est signalé, Malgaigne en compte 25 à droite, 21 à gauche, et 2 des deux côtés à la fois.

Norris note 37 fois le côté droit, et 32 fois le côté gauche.

Dans nos observations, le côté droit se trouve noté 21 fois, le côté gauche 18 fois, 2 fois seulement, les deux côtés sont atteints sur un même sujet.

Traumatisme. — C'est là une des circonstances étiologiques le plus souvent indiquées dans les anévrismes inguinaux. L'influence de l'effort était nette chez le malade de Malgaigne. Sur ses 68 observations, il en trouve 14 où les malades accusaient des efforts pour soulever ou remuer de lourds fardeaux. Dans un quinzième cas, l'anévrisme avait été déterminé par des efforts de toux; dans

[1] Séance du 23 mars 1881.

un autre, c'était une marche forcée ; dans un dernier, une chute durant une lutte, 6 fois, c'était un choc direct sur l'aine. Une fois, l'anévrisme avait succédé à une plaie par arme à feu, d'abord cicatrisée.

Onze fois, dans les 53 cas d'anévrismes que nous avons pu réunir, nous trouvons noté le traumatisme, qu'il s'agisse d'un effort, d'un coup ou d'une chute.

Rappelons pour mémoire le cas de Middleton Goldsmith, cité par Follin, dans lequel l'anévrisme reconnaissait pour cause la blessure de l'artère par la tête fémorale déplacée.

Existence d'abcès ou de bubons antérieurs. — A propos du fait qui lui est personnel, Malgaigne se demande si le bubon qui avait existé chez son malade a eu quelque influence éloignée sur la production de l'anévrisme. Il rappelle que cette circonstance d'un bubon suppuré et cicatrisé se trouve dans des observations de Guattani, de Salomon, de Garviso, de Bujalski, de Deguise et d'autres. Dans les observations que nous avons étudiées, nous trouvons notée 5 fois l'existence antérieure de bubons. Nous insisterons seulement sur deux de ces faits qui, par les détails et les circonstances particulières qu'ils présentent, sont surtout dignes d'intérêt.

Rouse[1] rapporte le cas d'un jeune homme de 28 ans, portant, en même temps qu'une syphilis constitutionnelle, un bubon ulcéré dans l'aine droite. Le bubon semblait guéri quand, le 7 décembre, survint un frisson, avec de la rougeur et de l'œdème autour de la plaie. La rougeur tomba, mais le gonflement ne diminua point. Le 11 décembre, des pulsations distinctes et un fort bruit de râpe pouvaient être perçus au niveau de la tumeur ; la compression de l'iliaque externe arrêtait les battements. Le 12 décembre, l'iliaque externe fut liée avec de la soie ; la ligature tomba le 29, et, en quelques jours, la plaie opératoire fut guérie. Mais le bubon n'avait pas bonne apparence ; le 17 janvier, il commença à s'étendre rapidement, et, le 23, une large escarre se détacha. Peu d'heures après survint subitement une hémorragie qui fit perdre au malade environ dix onces de sang. M. Rouse débrida largement la plaie, dans l'étendue de 5 pouces, et ouvrit ainsi une vaste cavité remplie de caillots décomposés. La fémorale fut trouvée escarrifiée dans l'étendue d'un demi-pouce. L'artère fut liée, ainsi qu'une collatérale qui donnait du sang, et le malade arriva à la guérison.

Le cas de Baker[2] n'est pas moins intéressant :

[1] Rouse, *Saint-George's Hosp. Reports*, 1877-1878, t. IX, p. 262.

[2] Baker, *The Lancet*, et *The med. Times*, 5 mai 1866.

Il est relatif à un jeune homme de 24 ans, qui portait un anévrisme de la fémorale primitive gauche. Trois mois auparavant, il avait eu, dans l'aine du même côté, un abcès qu'il ne pouvait s'expliquer, n'ayant eu ni blennorragie, ni syphilis. L'abcès fut ouvert par un médecin ; le pus s'écoula librement avec une petite quantité de sang. Un mois après, le malade éprouva soudain une douleur à la partie supérieure et interne du membre; et, un peu plus tard, il aperçut une petite tumeur sur la région de l'artère, un peu au-dessous du ligament de Poupart. La tumeur augmenta de volume ; il y appliqua des cataplasmes, pensant que c'était un nouvel abcès qui se formait. A son entrée, la tumeur s'étendait du ligament de Poupart à 4 pouces au-dessous. La peau, rouge, menaçait de se rompre. Sur le bord supérieur de la tumeur, était un sinus à travers lequel s'écoulait une petite quantité de sanie noirâtre. D'après le malade, c'était là le point où avait été ouvert l'abcès trois mois auparavant. Il n'y avait aucune affection du cœur ou des poumons, ni des artères, ni des veines, M. Baker fit la ligature de l'iliaque externe; quinze jours après, la poche se rompit, et livra passage à une sanie noirâtre ; néanmoins, il n'y eut aucun incident à la chute du fil, qui eut lieu 21 jours après la ligature, et le malade guérit.

En l'absence de blennorragie et de syphilis, Baker rapporte l'abcès de son malade à la scrofule. Il établit une liaison étroite entre cette suppuration de la région inguinale et l'anévrisme qui lui a succédé. C'est pour lui un fait analogue à ceux dans lesquels on a vu la carotide interne ouverte dans un abcès de l'amygdale ou des ganglions profonds du cou. Les parois du vaisseau en contact intime avec l'abcès se sont ulcérées et rompues, et le sang, remplissant la cavité de l'abcès, l'a transformée en anévrisme. D'après lui, le sinus du bord supérieur de la tumeur, qui donnait un peu de sanie, communiquait probablement avec le sac, bien que cela n'ait pas été clairement démontré tout d'abord. Dans son article du *Medical Times* (5 mai 1866), Baker rapporte un certain nombre de faits analogues. La récente discussion de la Société de chirurgie sur l'ulcération des artères au contact des foyers purulents en a multiplié les exemples.

Nul doute que les deux faits que nous venons de rapporter ne rentrent dans la variété précédente. Mais l'interprétation est plus difficile pour les cas où, comme chez le malade de Malgaigne, l'anévrisme ne se montre que plus ou moins longtemps après la suppuration, alors que la cicatrisation du bubon ou de l'abcès est complète. Il est permis de se demander toutefois si, dans ces cas, l'inflammation des ganglions voisins n'a pas gagné la paroi artérielle, et déterminé dans sa structure des modifications (lésions

de la tunique moyenne, d'après Cornil et Ranvier), préparant la dilatation anévrismatique qui ne s'est manifestée que plus tardivement.

Causes générales; arthritisme, syphilis, alcoolisme. — Les causes générales que nous trouvons invoquées dans les observations d'anévrismes inguinaux ne diffèrent pas de celles qui appartiennent aux anévrismes en général.

Quatre des observations que nous avons analysées ont trait à des rhumatisants. La plus intéressante sous ce rapport est celle de Rhodes, dans laquelle on vit apparaître, chez un jeune garçon de 11 ans, un anévrisme inguinal immédiatement après une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Le malade de M. Dubreuil était également un rhumatisant ; il avait présenté plusieurs fois des attaques de rhumatisme, qui s'étaient surtout localisées aux membres inférieurs. Mon malade avait eu aussi un rhumatisme, qui avait porté sur le cœur et déterminé une insuffisance aortique. Le malade dont M. Combalat a communiqué l'observation à la Société de chirurgie était atteint de rétrécissement et d'insuffisance aortique, affection à laquelle il a succombé plus tard. Un malade d'Erichsen avait présenté plusieurs attaques de goutte; son père était aussi goutteux. Enfin l'on trouve encore notés dans les antécédents des malades la syphilis et l'alcoolisme. Ce qui rend la question très complexe, c'est que plusieurs de ces états généraux se trouvent associés chez un même malade; ainsi l'opéré d'Erichsen était à la fois alcoolique et goutteux ; un autre est en même temps syphilitique et rhumatisant, ou bien syphilitique et alcoolique, etc.

Ce qui achève de démontrer que les anévrismes inguinaux ne sont qu'une localisation particulière d'une maladie générale du système artériel, c'est qu'on les trouve assez souvent associés à d'autres tumeurs anévrismales. Déjà Norris, sur ses 100 cas, note 4 fois l'existence simultanée d'un anévrisme inguinal et poplité. Huit fois, sur nos 53 observations d'anévrismes inguinaux, nous trouvons notée la coexistence chez un même malade de plusieurs anévrismes, et surtout d'anévrismes occupant à la fois l'aine et le creux poplité. Le malade de M. Berger avait été guéri par la compression digitale d'un anévrisme poplité à droite, avant de voir apparaître dans l'aine du même côté une tumeur pulsatile, au point même où avait été pratiquée la compression. De sorte qu'on peut se demander si le traumatisme exercé par la compression n'a pas joué un rôle dans le développement d'un anévrisme sur des parois artérielles déjà malades.

Un cas de Pemberton est particulièrement remarquable au sujet de la multiplicité des anévrismes, puisque le malade portait sur un même membre trois tumeurs anévrismales considérables, une au-

dessous du ligament de Poupart, une autre au sommet du triangle de Scarpa, la troisième dans la région poplitée.

Dans un cas de ligature de l'iliaque externe pratiquée par Buchanan pour un anévrisme inguinal sur une femme de 65 ans, la malade ayant succombé le 5e jour à une péritonite, on trouva deux anévrismes distincts, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du ligament de Poupart. Il y avait aussi un anévrisme fusiforme commençant sur l'iliaque primitive, et une altération athéromateuse de l'aorte abdominale.

Une observation de Henri Steele (*Édimb., Med. Journ.*, janvier 1879) est particulièrement intéressante au point de vue de la multiplicité des anévrismes :

Il s'agit d'un homme de 63 ans que Steele avait soigné dix ans auparavant pour un anévrisme fémoral du côté gauche, situé un peu au-dessus du commencement du canal de Hunter. La ligature avait été faite dans le triangle de Scarpa, et le malade avait guéri.

Aucun nouveau trouble circulatoire ne s'était montré jusqu'il y a 15 mois, dit Steele, époque à laquelle il se présenta avec un autre anévrisme à la place correspondante du côté opposé. La ligature de la fémorale fut faite comme la première fois. Le malade était à peine sur pieds qu'il eut une attaque de rhumatisme aigu qui porta sur le cœur. Au commencement d'août, il revint avec un anévrisme dans l'aine gauche, débordant un peu en haut le ligament de Poupart. Le 11 août, ligature de l'iliaque externe au catgut, et avec toutes les précautions antiseptiques. Néanmoins il y eut une suppuration abondante. Le 30 septembre, cinquante jours après la ligature, une hémorragie se fit par la plaie ; elle se renouvela plusieurs fois pendant deux jours. D'abord peu abondante, elle devint profuse. Le 5 octobre, on tenta de lier l'iliaque primitive suivant la ligne de l'ancienne incision pour la ligature de l'iliaque externe. Mais, quand déjà l'opérateur avait les doigts sur les vertèbres lombaires, survint une syncope qui l'obligea à s'arrêter. Le malade mourut une heure et demie après, sans nouvelle hémorragie.

A l'autopsie, on trouva tout à fait à l'origine de l'iliaque externe, ou plutôt sur le côté externe de l'iliaque commune un petit anévrisme qui s'était rompu, en donnant lieu aux hémorragies. De sorte que le même malade avait présenté successivement quatre tumeurs anévrismales : deux anévrismes fémoraux et deux anévrismes iliaques.

Que, du reste, les anévrismes inguinaux soient isolés, ou bien unis à d'autres tumeurs anévrismales; qu'ils soient sous la dépendance d'une ou de plusieurs des diathèses que nous avons signalées, il est une réflexion qui s'impose à leur égard, comme pour tous les anévrismes en général, à savoir que toutes ces causes sont

insuffisantes. En effet, dans tous les pays, il y a des syphilitiques ; et cependant la source de nos observations, aussi bien que les noms des opérateurs, démontrent que ces anévrismes sont infiniment plus fréquents en Angleterre et aux États-Unis que partout ailleurs. Aussi conclurons-nous en disant que, pour les anévrismes inguinaux comme pour tous les autres anévrismes des membres, l'influence de la race est la cause prédominante.

Du siège précis des anévrismes inguinaux. — Malgaigne, dans son mémoire, s'est attaché à déterminer le siège précis des anévrismes inguinaux, et il a démontré que les anévrismes appartenant à la crurale sont beaucoup plus communs que ceux de l'iliaque externe. De là, cette conclusion importante que, le plus souvent, on pourra se contenter de lier l'iliaque externe, tandis que la ligature de l'iliaque primitive constituera une rare exception. Les documents que nous avons nous-même recueillis confirment pleinement les résultats obtenus par Malgaigne; puisque, dans 20 seulement de nos observations, l'anévrisme dépassait l'arcade de Fallope. Encore est-il à noter que, dans tous ces cas, la ligature de l'iliaque externe a été suffisante.

Marche et pronostic. — Malgaigne note que la marche des anévrismes inguinaux est en général très rapide. C'est aussi ce qui ressort de nos observations. Deux fois seulement, d'après lui, il y aurait eu guérison spontanée; dans un cas d'Abernethy, et dans un de M. A. Séverin. Nous n'en avons pas trouvé de nouvel exemple.

Traitement. — La rareté exceptionnelle de la guérison spontanée impose au chirurgien la nécessité d'un traitement actif. Nous avons donc à nous demander quelle est la meilleure méthode à employer en pareil cas. Interrogeons à cet égard les observations que nous avons pu étudier; nous y voyons que 17 fois sur nos 53 cas d'anévrismes inguinaux, la compression mécanique a échoué! 8 fois, la compression digitale a été tentée sans résultat. La flexion forcée de la cuisse sur l'abdomen n'a pas donné de meilleurs effets dans les 7 cas où elle a été employée, soit seule, soit unie à la compression.

La méthode de Reid n'a pas été souvent appliquée aux anévrismes inguinaux, et cela se comprend; la proximité de la poche et de l'arcade de Fallope ne permettant qu'exceptionnellement l'usage du tube compresseur. Dans les cas où elle a été essayée, cette méthode a échoué comme les précédentes.

Dans une observation de Fleming (*Brit., Med. Journ.*, 6 octobre 1877), où il s'agissait d'un anévrisme de la fémorale gauche, siégeant immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, la compression fut tentée, et continuée sans interruption, du 4 au 20 juin. Le 21 et le 22 juin, on fit deux applications du bandage d'Es-

march, ayant duré chacune une heure et cinq minutes, avec chloroforme. Non seulement il n'y eut pas de résultat utile, mais la poche augmenta de volume et l'on dut en venir à la ligature de l'iliaque externe qui amena la guérison.

Le résultat ne fut pas plus heureux dans le fait de Winkfield (*Brit., Med. Journ.*, 16 septembre 1878). On essaya le bandage d'Esmarch; mais, à cause de la situation de l'anévrisme au voisinage de l'aine, et à cause de son volume, qui était presque celui d'une grosse orange, les pulsations dans la tumeur ne furent pas complètement interrompues, et Winkfield dut pratiquer la ligature, qui fut suivie de guérison.

Dans le fait qui m'est personnel, la méthode de Reid a été appliquée à deux reprises différentes, la première fois pendant une heure et neuf minutes, la seconde pendant une heure. A la vérité, dans ce cas, le chloroforme ne fut pas employé; ce qui nuisait au résultat, à cause des souffrances violentes éprouvées par le malade, et de l'agitation qui en était la conséquence. Mais l'insuffisance aortique existant me faisait redouter l'emploi des anesthésiques pendant une aussi longue séance, et je m'étais contenté de faire prendre une potion de chloral, additionnée de sirop de morphine. Quoi qu'il en soit, mes deux tentatives demeurèrent sans résultat.

Se rappelant le cas de Reynaud, de Toulon, dans lequel l'emploi persévérant du repos pendant deux ans et demi, combiné aux applications locales de glace, a pu amener la guérison d'un anévrisme inguinal, M. Gallerand, de Brest, a également durant deux années continué par tous les moyens possibles les tentatives de compression, combinées avec les adjuvants locaux (glace) et généraux (digitale), et il a dû néanmoins en venir à la ligature.

Nous ne pouvons passer sous silence les deux cas cités par notre maître M. A. Guérin, et dans lesquels ce chirurgien a réussi à guérir par la compression un anévrisme inguinal.

« En 1866, dit-il [1], j'ai pu guérir par la compression digitale un anévrisme de la partie supérieure de la fémorale, remontant jusqu'au ligament de Fallope. Dans ce cas, on dut comprimer l'iliaque externe. C'est, je crois, la première fois que l'on a fait la compression de cette artère pour guérir un anévrisme.

« En 1867, j'ai fait comprimer l'artère iliaque externe pour un anévrisme semblable au précédent, sur un malade que nous avions guéri, trois mois auparavant, d'un anévrisme poplité du côté opposé par la compression de la fémorale.

« Chez ce malade, comme chez le précédent, la guérison fut la conséquence de la compression. »

[1] A. Guérin, *Éléments de chirurgie opératoire*, 5e édition, p. 34.

Ces deux succès méritaient d'être rapportés; ils prouvent qu'avant d'en venir à la méthode sanglante, il faut essayer les moyens plus doux; mais de tels résultats sont exceptionnels.

En résumé donc, les divers moyens de traitement, tels que la compression digitale ou mécanique, la flexion forcée, l'emploi de la bande d'Esmarch, ou bien sont inapplicables à cause du siège et du volume de l'anévrisme, ou bien réussissent trop rarement pour qu'on puisse compter sur eux, et la ligature constitue dans la plupart des cas la véritable méthode du traitement.

II

De la ligature de l'artère iliaque externe.

Nous devons étudier la ligature de l'iliaque externe à un double point de vue; 1° sous le rapport de sa valeur thérapeutique ou des résultats qu'elle fournit; 2° au point de vue de son manuel opératoire.

A. — *Valeur thérapeutique de la ligature de l'iliaque externe ou résultats qu'elle fournit.*

Si nous consultons le mémoire de Norris[1], nous voyons que, sur 118 cas renfermés dans ses tableaux, 85 ont guéri, et 33 se sont terminés par la mort; ce qui donne une mortalité de 27,90 0/0. Avec Eutter, dont la statistique a paru en 1864, le chiffre des opérations s'élève à 153, fournissant 47 morts, soit une mortalité de 30,71 0/0.

Sur un total de 90 opérations que nous avons colligées de 1865 à 1883, postérieures par conséquent à la statistique d'Eutter, le résultat définitif est indiqué 84 fois. Or, ces 84 cas nous donnent 65 guérisons et 19 morts, soit une mortalité de 22,61 0/0, notablement inférieure à celle indiquée par Norris et par Eutter.

Mais pour nous faire une idée exacte de la valeur thérapeutique de la ligature de l'iliaque externe, il nous faut examiner isolément ses résultats dans chacune des indications qu'elle a été appelée à remplir. Les observations que nous avons recueillies peuvent être divisées en trois groupes, suivant que la ligature a été appliquée à la cure des anévrismes, aux hémorragies artérielles, à l'hypertrophie ou à l'éléphantiasis du membre inférieur.

a. — *De la ligature de l'iliaque externe dans les cas d'anévrismes.* — Sur 69 cas de ligatures pour anévrismes dans lesquels

[1] NORRIS, *The American Journal of the med. sciences*, january, 1847.

le résultat définitif est indiqué, nous trouvons 56 guérisons et 13 morts; mortalité 18,84 0/0. C'est là une statistique beaucoup plus favorable que celles de Norris et de Eutter, beaucoup plus favorable aussi que celle qui nous est fournie par l'examen de nos 90 observations de ligatures prises en bloc. Ce qui assombrit en effet la statistique, comme nous aurons occasion de le dire plus tard, ce sont les ligatures faites dans les cas d'hémorragies.

Et si, pour mieux nous rendre compte de la part due à la méthode antiseptique, nous envisageons les résultats fournis par la ligature de l'iliaque externe pour anévrismes pendant ces dix dernières années, soit de 1874 à 1883, nous trouvons que, sur 40 opérations, il y a eu 5 morts, soit une mortalité de 12,50 0/0.

Il n'y a donc pas de doute ; ici, comme pour toutes les opérations chirurgicales en général, l'intervention des méthodes antiseptiques a eu le plus heureux résultat. Certes une opération qui donne une mortalité de 12,50 0/0 est encore grave. Mais il ne faut pas oublier que, dans une question aussi complexe que celle que nous cherchons à juger en ce moment, on doit tenir compte de plus d'un facteur. C'est ici le lieu de rappeler avec notre maître, M. Verneuil, qu'à côté des conditions locales de la plaie, il y a l'état général du malade, dont nous devons toujours nous préoccuper; car, bien souvent, il est la source des accidents. Or, nous le savons, la plupart des malades sont des diathésiques, alcooliques, syphilitiques, rhumatisants, cardiaques, malades portant simultanément plusieurs dilatations anévrismales sur différents points du système artériel. C'est à ces circonstances que sont dues bien des complications que les pansements les plus soignés sont impuissants à conjurer.

C'est ainsi que, dans une observation de Bristowe et Sydney Pones, la malade, jeune femme de 20 ans, présentait, en même temps qu'un anévrisme fémoral, une insuffisance mitrale et de l'albuminurie. La gangrène du membre, à la suite de la ligature de l'iliaque externe, obligea à pratiquer l'amputation de la cuisse, dont le résultat fut fatal.

Chez un malade de Clément Walter, la mort survint 84 heures après la ligature, sans cause apparente, et à l'autopsie on trouva des lésions très considérables des reins et du foie, dues à l'alcoolisme.

Une observation de Johnson Smith nous offre une complication beaucoup moins grave, mais intéressante aussi en ce qu'elle se rattache à l'état général du sujet. Le malade était syphilitique ; or, pendant la cicatrisation, la plaie de la ligature prit les caractères d'un ulcère syphilitique, et la guérison n'en fut obtenue que par l'iodure de potassium.

Mais où éclate l'influence heureuse de la méthode antiseptique,

c'est dans la disparition des accidents infectieux. Le seul fait où nous voyons notée l'infection purulente dans la période de dix années qui s'étend de 1874 à 1883, c'est celui de M. Gallerand. Encore est-il juste de dire que, dans ce cas, aucune précaution antiseptique n'avait été prise.

Un autre critérium non moins précieux, c'est l'étude des hémorragies secondaires. Il est certain, en effet, que, de toutes les causes d'hémorragie après la ligature des artères, la mieux établie à l'heure actuelle, c'est l'existence de complications septiques du côté de la plaie.

Or, sur 43 cas de ligatures pour anévrismes faites de 1874 à 1883, nous trouvons 4 hémorragies secondaires, soit 9,3 0/0. Norris, dans son mémoire, sur ses 118 cas, trouve 14 hémorragies secondaires, ce qui donne 11,93 0/0. Il y a donc eu moins d'hémorragies secondaires depuis l'introduction en chirurgie des méthodes antiseptiques.

Une question qui se rattache intimement à celle des hémorragies secondaires, c'est celle de l'emploi du catgut, qui, blâmé par quelques-uns, est employé au contraire par un grand nombre de chirurgiens dans la ligature des grosses artères. Or, sur nos 75 cas de ligature faite pour anévrismes, nous trouvons 20 fois spécifié l'emploi du catgut ; et, sur ces 20 cas, il y a eu 4 hémorragies secondaires. Ce résultat semble tout d'abord très défavorable ; mais il ne doit pas être accepté sans examen. D'abord, il est à noter que beaucoup d'auteurs dont les malades ont guéri sans hémorragie n'ont pas pris le soin de nous faire connaître la nature du fil qu'ils ont employé. Peut-être, dans ce nombre, y en a-t-il quelques-uns qui se sont servis de catgut, de sorte que, répartie sur un plus grand nombre de cas, la proportion des hémorragies secondaires serait en réalité moindre qu'elle ne le semble tout d'abord.

Ensuite, pour connaître la part de responsabilité qui peut revenir au catgut dans la production des hémorragies, il faut examiner en détail chacun des faits particuliers.

Ainsi, le malade de Steele, dont nous avons déjà rapporté l'observation, succomba à des hémorragies secondaires dont la source était, non l'artère au niveau de la ligature, mais bien la rupture d'un sac anévrysmal, existant sur le tronc de l'iliaque primitive. Ici donc, la ligature au catgut ne saurait avoir aucune part de responsabilité.

Dans le cas de Hull[1], qui se termina par une hémorragie mortelle, l'emploi du catgut ne saurait davantage être incriminé,

[1] Hull, *Philadelphia med. Times*, 1877.

puisque l'hémorragie secondaire se fit, non par la plaie de la ligature, mais par rupture du sac sur lequel on avait préalablement tenté l'acupuncture et les injections de perchlorure de fer.

Dans l'observation de Höppener[1], c'est bien par la plaie de la ligature que s'est faite l'hémorragie; mais il est à noter qu'il y eut une suppuration abondante. Les hémorragies se reproduisirent pendant plusieurs jours; enfin, elles cédèrent à l'emploi de la compression, et le malade guérit. En présence de cette hémorragie survenant 27 jours après la ligature, l'auteur se demande s'il faut l'attribuer à l'ulcération d'une veine, ou bien si une petite fistule s'est formée dans le thrombus de l'artère iliaque. C'est cette seconde interprétation qui nous semble le plus probable. Après un aussi long temps, l'hémostase primitive s'était certainement faite, et c'est à la suppuration abondante de la plaie qu'il faut en attribuer la destruction, indépendante de la nature du fil employé.

Quant au quatrième fait d'hémorragie secondaire coïncidant avec une ligature au catgut, que nous rencontrions dans nos observations, les détails manquent absolument; nous n'en pouvons donc rien conclure.

En résumé, l'analyse des observations nous montre que le catgut ne saurait être rendu responsable des hémorragies qui se sont produites. Bien au contraire, une antisepsie rigoureuse, l'absence totale de suppuration, nous semblant la meilleure garantie contre la production des hémorragies secondaires, le catgut réalisera, croyons-nous, toutes les conditions qu'on peut exiger d'une bonne ligature.

A côté des hémorragies secondaires se place la gangrène du membre; nous la trouvons notée 6 fois sur nos 75 ligatures pour anévrismes, soit 8 0/0. Encore est-il juste de dire que, dans l'un de ces cas, la gangrène préexistait à l'opération. Deux fois seulement, la mort a été la conséquence de la gangrène; chez cette jeune femme dont nous avons déjà parlé, qui était à la fois albuminurique et cardiaque, et dans un autre cas où la ligature avait été pratiquée pour un anévrisme artérioso-veineux. Déjà la statistique de Norris démontre qu'appliquée aux anévrismes artérioso-veineux, la ligature de l'iliaque externe donne de fâcheux résultats, puisque sur 3 cas de cette nature, cet auteur trouve 3 morts, 1 par gangrène, et 2 par hémorragie secondaire. Nos observations confirment le fait; une fois (cas de Van Buren), il y eut gangrène et mort; une autre fois (cas de Gallozzi), récidive.

L'inflammation et la rupture du sac sont les accidents les plus à redouter, après la gangrène du membre. Dans un cas de Nan-

[1] Höppener, *St-Petersburger medic. Wochenschrift*, n° 38, 1876.

kivell, l'inflammation a été très légère ; elle n'est pas allée jusqu'à la rupture du sac; elle s'est traduite seulement par des douleurs et une augmentation passagère du volume de l'anévrisme, et le malade a guéri. Deux autres fois, la guérison a eu lieu malgré l'ouverture du sac; mais dans trois cas, la rupture du sac anévrismal a été mortelle. Ce qui nous donne un total de 6 inflammations du sac, avec 3 morts et 3 guérisons.

Après avoir signalé les accidents les plus habituels qui suivent la ligature, hémorragies secondaires, gangrène du membre, inflammation et rupture du sac, il nous reste à parler des cas dans lesquels il y a eu réapparition de tous les symptômes, en un mot, récidive.

La réapparition des battements a été notée six fois sur nos 75 cas de ligature pour anévrismes; trois fois, les battements, après avoir duré quelque temps, ont cessé, et la guérison est survenue. Dans un fait de Gallozzi, les battements persistaient encore au moment où l'observation fut publiée. Les deux derniers cas sont les plus intéressants, parce qu'en même temps que la récidive, nous y trouvons indiqué le traitement qui fut suivi par le chirurgien :

Le premier est celui d'Hutchinson[1]. Il est relatif à un malade dont l'observation avait été publiée en 1876 dans l'*American Journal*, et qui avait offert ceci de particulier qu'il avait guéri malgré la blessure du péritoine.

La ligature de l'iliaque externe avait été pratiquée le 11 mars 1874, pour un anévrisme inguinal situé du côté gauche. En septembre 1878, le malade revint avec un anévrisme du même volume, situé exactement dans le même point. Il n'y avait pas de battements dans l'iliaque externe. Sur le côté interne du sac, on sentait les pulsations d'une artère volumineuse, qui semblait y pénétrer. La malaxation d'après le procédé de Fergusson fut tentée sans résultat. Le 7 septembre, on employa la flexion forcée de la cuisse sur le tronc, maintenue par un bandage ; le 18, on y ajouta une pelote compressive. Le 15 octobre, on supprima et la flexion et la compression, et l'on fit des injections d'un sel de fer (sous-sulfate de fer, solution de Monsel). Tout échoua ; et le 24 décembre 1878, l'on eut recours à l'ouverture du sac. Le large vaisseau, qui battait en dedans du sac et lui fournissait du sang, fut regardé pendant l'opération comme la fémorale profonde, naissant au côté interne du membre, au lieu de venir du côté externe ; mais l'auteur croit maintenant que c'était

[1] HUTCHINSON, *Américan Journal of the med. sciences*, janvier 1876 et octobre 1880.

la circonflexe interne venant directement de la fémorale. Quoi qu'il en soit, le malade guérit.

La seconde observation de récidive d'un anévrisme à la suite de la ligature de l'iliaque externe appartient à William Rose[1]. Il s'agit d'un homme de 40 ans, entré à l'hôpital le 4 février 1880 pour un anévrisme de la fémorale droite siégeant à 3 pouces au-dessous du ligament de Poupart. Après une tentative de compression digitale, la ligature de l'iliaque externe fut faite le 18 février 1880. Au moment même de la ligature, il y eut arrêt complet des battements. Mais le lendemain, en faisant le pansement, on remarqua une pulsation faible dans le sac, qui persistait encore quand le malade quitta l'hôpital. En juillet 1882, il revint avec son anévrisme, qui avait pris le volume d'un gros citron et présentait des pulsations et un souffle bien marqués. L'iliaque externe était complètement oblitérée, et les battements de l'iliaque primitive pouvaient à peine être reconnus. La compression de la fémorale, qui était perméable dans le canal de Hunter, n'avait aucun effet utile sur l'anévrisme. On ordonna au malade le séjour au lit, et on appliqua la bande de Martin depuis les orteils jusqu'au ligament de Poupart, aussi haut que possible; en même temps, diète et iodure de potassium à l'intérieur. Ce traitement fut continué pendant un mois; le seul changement consista en ce que l'anévrisme fut laissé libre, n'étant plus enveloppé pendant la dernière partie du temps par la bande de Martin. Le résultat ne fut pas satisfaisant, et l'on songea à une intervention plus active. La ligature de l'iliaque primitive ne paraissait pas présenter de chances de succès. Le résultat négatif de la compression montrait qu'on ne pouvait fonder aucun espoir sur la ligature dans le canal de Hunter. On se décida pour l'extirpation du sac, ou tout au moins son ouverture, en liant toutes les communications vasculaires ; en cas de danger trop grand pour la conservation du membre, on pratiquerait l'amputation. Le 18 octobre, le malade étant endormi, la compression de l'iliaque primitive fut faite par M. Davy à l'aide de son levier rectal, comme précaution nécessaire dans le cas où la bande élastique viendrait à glisser. Contrairement à l'attente, cela ne suffit pas à arrêter les battements de l'anévrisme, la sacrée moyenne très dilatée ramenant sans doute le sang dans le membre. C'est là un argument de plus contre la valeur de la ligature de l'iliaque primitive en pareil cas. La seule ressource était d'élever le membre, et d'appliquer la bande d'Esmarch depuis les orteils jusqu'au-dessus de l'anévrisme, c'est-à-dire jusqu'à l'articulation coxo-fémorale. On l'empêcha de glisser en interposant entre les tours de bande

[1] *The Lancet*, 22 décembre 1883

un ruban tiré en haut par un aide. Le membre fut lavé avec une solution phéniquée au vingtième. Le spray fut mis en œuvre ; puis on fit sur le milieu de la tumeur une incision de 7 pouces de longueur dans l'axe du membre ; on mit à découvert le couturier, qu étalé au-dessus de la tumeur et dont les fibres profondes faisaient corps avec le sac. Le muscle fut rejeté en dehors, et, en disséquant soigneusement à travers un tissu cellulaire épais, ouvrant le canal de Hunter, on mit à nu l'artère, qui fut sectionnée entre deux ligatures au catgut. Puis, à l'aide des doigts et du manche du scalpel, aidé de temps en temps d'un coup de tranchant, l'anévrisme intact fut détaché de bas en haut. Dans ce temps, la veine fémorale fut ouverte, ce qu'on n'aurait pu éviter qu'avec bien de la peine, à cause de ses connexions intimes avec le sac. Le nerf saphène interne situé derrière le sac, bien qu'aplati par la tumeur, put être facilement disséqué. On atteignit la portion supérieure du sac, on la lia avec un fort catgut, on la sectionna, et la tumeur fut ainsi complètement libre. On enleva alors la compression ; il y eut à peine d'hémorragie, deux petites artères seulement nécessitèrent une ligature. Les lèvres de la plaie furent réunies avec de la soie phéniquée ; un drain de moyen volume fut mis en place ; pansement antiseptique ordinaire ; membre enveloppé dans la ouate. La guérison fut rapide. Au moment où l'observation est publiée, la cicatrice est solide ; il y a oblitération complète de l'iliaque externe et de la fémorale superficielle. Le membre est aussi fort que celui du côté opposé ; le malade bien portant a repris depuis douze mois son travail.

Nous avons tenu à rapporter dans tous ses détails cette remarquable observation. Est-ce à dire que la conduite hardie de William Rose doive être imitée ? Sans doute, l'extirpation d'une volumineuse tumeur anévrismale est singulièrement délicate ; c'est à grand'peine que l'opérateur a pu ménager le nerf saphène interne, et il a blessé la veine fémorale. On ne saurait donc conseiller d'une manière générale une semblable opération. D'ailleurs, l'iliaque externe étant oblitérée, c'est par les collatérales que se rétablit la circulation dans le sac anévrismal. C'est quelquefois l'épigastrique qui ramène le sang dans la poche. L'observation suivante de Wood nous en offre un remarquable exemple [1].

Dans ce cas, les pulsations reparurent dans le sac anévrismal peu de temps après la chute de la ligature, au bout d'un mois ou six semaines environ. Le malade fut perdu de vue pendant deux années ; il revint alors, et Wood trouva le sac à peu près du même

[1] Wood, Ligation of the external iliac artery (*The méd Récord*, New-York 1881, t. 19, p. 325-328).

volume que peu de temps après la ligature. Il découvrit alors que l'épigastrique était considérablement dilatée, du volume d'une plume d'oie ; la compression de cette artère faisait cesser complètement les battements et le souffle dans l'anévrisme. Wood pratiqua la ligature de l'épigastrique, et obtint ainsi la guérison.

Ainsi donc, en présence d'une récidive, la première recommandation qui s'impose au chirurgien, c'est d'examiner avec soin l'état de la circulation du membre. Il faudra chercher tout d'abord si la compression, soit du bout inférieur de la fémorale, soit de l'épigastrique, ne suffit pas à arrêter les battements. C'est seulement en cas d'insuccès de la compression, qu'on serait autorisé à recourir à une opération sanglante. La ligature d'une collatérale pourrait alors être faite avec succès, s'il était prouvé que l'arrêt de la circulation dans cette artère suffit à faire disparaître tous les symptômes dans l'anévrisme. Sinon, l'ouverture de la tumeur par la méthode ancienne, dont l'opération d'Hutchinson nous fournit un heureux exemple, nous semble alors la méthode de choix. Elle nous paraît bien préférable à la ligature de l'iliaque primitive, qui, avec une gravité considérable, ne présente pas le même degré d'efficacité, la circulation dans le sac anévrismal pouvant toujours se rétablir par les collatérales.

b. — *De la ligature de l'iliaque externe appliquée soit aux hémorragies, soit à l'éléphantiasis du membre inférieur.* — Les résultats de la ligature de l'iliaque externe appliquée au traitement des hémorragies diffèrent singulièrement de ceux que fournit la même opération dans la cure des anévrismes. En effet, tandis que cette dernière nous a offert une mortalité de 18,84 0/0, qui peut même être abaissée à 12,50 0/0, à ne considérer que les résultats de ces dix dernières années, les onze cas de ligature pour hémorragie que nous avons pu réunir nous fournissent cinq morts, ce qui donne une mortalité de 45 0/0. Encore ne comptons-nous pas dans ce nombre des malades qui ont succombé à une cause étrangère à la ligature, comme celui de M. Larger, qui est mort des progrès de son mal vertébral ; celui de Simon, qui a été enlevé par l'affection cancéreuse dont il était porteur.

Si nous analysons les causes de mort dans nos cinq observations, nous voyons que le malade de Gore a succombé après une amputation de cuisse nécessitée par la gangrène du membre. C'est aussi la gangrène qui a causé la mort du malade de M. Périer ; de même encore pour le malade de Poore et Bryan. Notons que, parmi les malades qui ont guéri, il en est deux, celui de David Cheever et celui de Kummel, qui ont aussi présenté de la gangrène et ont dû subir l'amputation. De sorte que, sur nos onze ob-

servations de ligature pour hémorragies, nous trouvons cinq gangrènes.

Les deux derniers cas de mort, celui de Busch et celui d'Agnew, ont été causés par des hémorragies secondaires. Quatre fois, nous rencontrons cette dernière complication.

Tout concourt donc à nous démontrer la gravité considérable de la ligature de l'iliaque externe pratiquée pour hémorragies secondaires. Dans un très bon travail de William Harrisson Cripps[1] nous trouvons la statistique suivante :

Sur 53 cas d'hémorragies secondaires après ligature de la fémorale, il y a eu 28 morts et 25 guérisons :

La ligature de l'iliaque externe a donné	Morts	12	Guéris	2	Total	14
L'amputation	—	2	—	3	—	5
L'ouverture de la plaie	—	7	—	5	—	12
La compression	—	3	—	12	—	15
Aucun traitement	—	4	—	3	—	7
Total	Morts	28	Guéris	25	Total	53.

La conclusion de l'auteur est que la compression est le traitement à employer en pareil cas, de préférence à la ligature.

Si donc, la ligature de l'iliaque externe s'impose au chirurgien comme une nécessité dans le cas de plaies ou d'ulcérations de cette artère, dans les hémorragies secondaires de la fémorale, au contraire, la compression devra être la méthode de choix, et la ligature de l'iliaque ne sera qu'un procédé d'exception.

Nous rappellerons seulement pour mémoire les quatre faits de ligature de l'iliaque externe pour éléphantiasis du membre inférieur que nous avons pu réunir. Sans nous occuper de la valeur thérapeutique de l'opération dans ce cas particulier, nous nous bornerons à faire remarquer sa bénignité, puisque les quatre cas se sont terminés par la guérison sans aucune complication.

B. — *Manuel opératoire.*

On rapporte à Sue le jeune l'honneur d'avoir proposé le premier la ligature de l'iliaque externe. Curieux de savoir sur quels titres exacts reposait la priorité de Sue à cet égard, nous avons consulté son mémoire[2]. Voici en quels termes il s'ex-

[1] Cripps, *Saint-Bartholomew Hosp. Reports*, vol. X, 1874, p. 91.

[2] Mémoire lu à l'académie royale de chirurgie, le 14 septembre 1774, sur l'anévrisme de l'artère crurale par Sue le jeune (in *Journal de Vandermonde*, juillet et août 1876, II, p. 44 et 160).

prime, parlant de l'anatomie : « On voit, dit-il, par le détail de ces ramifications artérielles, décrit d'après la nature même, combien est grand le nombre d'anastomoses entre les artères iliaque et crurale; d'où on peut conclure, comme nous le ferons voir plus amplement ailleurs, que, quand bien même il s'agirait de lier l'artère iliaque, il ne faudrait pas encore désespérer de la vie du malade. »

Plus loin, il ajoute :

« Nous avons dit plus haut que, quand même on serait obligé de pratiquer la ligature sur l'artère iliaque, elle pourrait réussir d'après les communications artérielles dont nous avons déjà parlé, et d'après celles qui nous restent à décrire. En effet, outre la mammaire interne, les intercostales inférieures, les lombaires musculaires, la lombaire inférieure, la spermatique et l'obturatrice, qui toutes s'anastomosent avec la coronaire iliaque et l'hypogastrique, le commerce médiat ou immédiat de tous les rameaux hypogastriques avec l'artère crurale serait certainement une très grande ressource pour soutenir la circulation du sang, ou la rétablir. »

On voit, d'après cela, que Sue se borne à établir la possibilité de la ligature sur des données anatomiques exactes, sans aller cependant jusqu'à la proposer en chirurgie.

Chacun sait qu'Abernethy eut le mérite de pratiquer le premier la ligature de l'iliaque externe, en 1796. En France, ce fut Delaporte, chirurgien en chef de la marine, au port de Brest, qui, pour la première fois, exécuta cette ligature. Son malade succomba le douzième jour à une fièvre putride. Depuis lors, en même temps que les opérations se multipliaient, de nouveaux procédés se sont fait jour. Pour arriver à se faire une idée exacte de leur valeur respective, il nous semble nécessaire de les classer.

Prenant pour point de départ la direction de l'incision cutanée, nous rangerons sous quatre chefs différents les très nombreux procédés proposés pour la ligature de l'iliaque externe.

1° *Incision horizontale longeant le ligament de Fallope, et répondant par la partie moyenne au trajet de l'artère.* (*Procédé de Bogros.*) — Dans un article des *Archives de médecine* [1], Bogros propose ce procédé qui porte son nom. Il le donne comme plus facile que celui d'A. Cooper, parce que, dans ce dernier, l'incision, au lieu de croiser perpendiculairement l'artère, comme dans le procédé de Bogros, lui répond seulement par son côté externe. Il ajoute que, par son procédé, on peut lier à un pouce au-dessus du ligament de Poupart, sans décoller le péritoine. Il reconnaît ce-

[1] Bogros, Considérations sur l'anatomie chirurgicale de la région iliaque, etc. (in *Archives de médecine*, 1re série, t. III, p. 399).

pendant que, si l'artère était malade, il faudrait débrider avec un bistouri boutonné l'angle externe de la plaie pour lier plus haut, en donnant à l'incision une direction semi-lunaire.

Le procédé de Bogros nous semble mériter plusieurs reproches. Tout d'abord, l'incision, répondant par sa partie moyenne au trajet de l'artère, se prolonge trop loin en dedans. Or, c'est au côté interne que se trouvent tous les organes qu'il importe de ménager, le canal déférent, les veines du cordon, l'artère épigastrique. A quoi bon les mettre à nu et s'exposer à les blesser? De plus il y a avantage, croyons-nous, à aborder l'artère par son côté externe; on évite ainsi la veine iliaque externe, qu'on n'a pas besoin de voir. Henry Smith, qui a pratiqué plusieurs fois cette opération, fait remarquer que la veine est toujours assez éloignée de l'artère; il ne l'a jamais vue, pour sa part. Dans le cas qui nous est personnel, l'artère a été reconnue et dénudée par son côté externe; la veine n'a point été aperçue.

Enfin le procédé de Bogros ne permettrait pas toujours de jeter le fil à une hauteur suffisante; il le reconnaît lui-même, en conseillant de débrider au besoin l'angle externe de la plaie, de façon à lui donner une direction semi-lunaire. Mais en agissant ainsi, on retombe dans le procédé d'A. Cooper.

2° *Incision verticale parallèle au trajet de l'artère.* (Premier procédé d'Abernethy; procédé de Malgaigne.) — Cette incision est passible d'un double reproche; d'abord elle expose à blesser le péritoine, qui est d'autant plus adhérent qu'on l'examine sur un point plus élevé. Ensuite, en obligeant à sectionner dans une grande étendue, et perpendiculairement à la direction de leurs fibres, les muscles de l'abdomen, elle expose fatalement le malade à l'éventration.

3° *Incision courbe remontant dans la direction de l'épine iliaque antérieure et supérieure.* (Second procédé d'Abernethy; procédé de Roux, de Lisfranc; procédés d'A. Cooper, de Norman, de Velpeau). — Sur son second malade, Abernethy, voulant éviter la blessure de l'épigastrique, rejeta son incision en dehors. Au lieu d'une direction verticale, la plaie prit alors une direction oblique, et son extrémité supérieure se rapprocha de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ce second procédé d'Abernethy, outre qu'il expose, comme le précédent, à la blessure du péritoine et à l'éventration, a l'inconvénient de s'écarter trop de la direction de l'artère. Mêmes reproches peuvent être adressés aux procédés de Roux et de Lisfranc, et, en général, à toutes les incisions qui dépassent en haut l'épine iliaque antérieure et supérieure, et sont trop rejetées du côté du flanc. Toutes ont le défaut d'exposer à la blessure du péritoine et à l'éventration consécutive; toutes s'éloignent beaucoup trop de l'artère, et en rendent la recherche difficile. Rappelons à

cet égard le fait consigné par M. Farabeuf dans sa *Médecine opératoire*[1], fait dans lequel l'incision ayant été portée trop en dehors, le péritoine ne put être suffisamment relevé du côté interne de façon à mettre à découvert l'artère. « L'extrémité interne de l'incision dut être prolongée d'environ 5 centimètres, jusqu'en dedans du trajet du vaisseau. »

Du reste, on se rend bien compte du défaut de ces incisions trop rejetées en dehors du côté du flanc, lorsqu'après la pose du fil, on voit que celui-ci, au lieu de répondre à la partie moyenne de la plaie, sort par l'angle interne de l'incision.

Le procédé d'A. Cooper, comme ceux de Norman et de Velpeau, qui en sont de simples modifications, en se prolongeant beaucoup plus vers le côté interne, échappe au reproche précédent. Voici en quels termes il le décrit lui-même : « Je commence mon incision juste au-dessus de l'anneau abdominal, et la porte à un demi-pouce au-dessus du ligament de Poupart, dans une direction semi-lunaire jusqu'à un pouce en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure[2]. »

C'est à tort, comme l'a montré M. Farabeuf, que, d'après la traduction de Malgaigne, on a fait partir l'incision d'A. Cooper de l'anneau inguinal interne. *Abdominal ring* veut bien dire dans A. Cooper anneau inguinal externe et non inguinal interne; la lecture du texte de l'illustre chirurgien ne laisse aucun doute à cet égard. Un chirurgien américain, Wood[3], qui a opéré d'après le procédé d'A. Cooper, note d'une façon précise que l'incision commence au-dessus de l'anneau abdominal externe (over the external abdominal ring).

L'incision d'A. Cooper s'avance donc suffisamment du côté interne pour rendre facile la recherche de l'artère ; sa direction semi-lunaire, sa prolongation jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, permettent de refouler assez le péritoine pour atteindre l'artère à un niveau élevé. Velpeau note qu'avec une semblable incision on peut aller jusqu'à trois pouces de profondeur. Sur notre malade, nous avons pu sans difficulté jeter le fil à 3 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope ; et nous eussions certainement pu le placer à 2 centimètres plus bas, si cela eût été nécessaire.

Un autre avantage de ce procédé, c'est de ne pas exposer les malades à une éventration consécutive. En effet, que l'on relève simplement les muscles, comme A. Cooper, ou bien qu'on les incise

[1] Farabeuf, *Ligature des artères*, p. 116.

[2] *Méd. Chir. Transactions*, 1813, t. IV, p. 437.

[3] Wood, *The médical Record*, New-York 1881, t. XIX, p. 325-328.

parallèlement à la direction de leurs fibres, il en résulte un affaiblissement beaucoup moindre de la paroi que lorsqu'on fait l'incision perpendiculairement aux faisceaux musculaires.

Le procédé d'A. Cooper nous semble donc le procédé de choix toutes les fois qu'il ne sera pas nécessaire de jeter le fil sur l'origine même de l'iliaque externe. Ce procédé a d'ailleurs fait ses preuves. A. Cooper y a eu recours neuf fois. Wood, dont nous avons déjà cité le travail, y a eu recours huit fois, sans aucun incident opératoire. Le seul malade qui ait succombé présentait des dégénérescences viscérales, stéatose du foie et des reins, et une péritonite circonscrite. Nous pourrions également citer Henry Smith, qui a pratiqué 6 fois cette ligature, et un grand nombre d'opérateurs qui, tous, ont employé le procédé d'A. Cooper.

4° *Incision mixte résultant de la fusion des deux précédentes.* (Cooper-Abernethy; procédé de Marcellin Duval). — Le dernier procédé qui nous reste à signaler, c'est celui de M. Marcellin Duval, qui, se proposant de combiner les avantages des procédés d'A. Cooper et d'Abernethy, conseille une incision qui tient à la fois de celles de ces deux chirurgiens. L'incision de Marcellin Duval se compose, en effet, d'une partie horizontale parallèle à l'arcade de Fallope, et d'une verticale remontant dans la direction de l'ombilic. C'est surtout dans les cas où le fil devra être placé à un niveau élevé, que ce procédé trouvera son application. L'observation de M. Berger nous en offre un exemple. Dans ce cas, en effet, la ligature devant être faite très haut, l'angle externe de l'incision trop rapproché de l'épine iliaque antéro-supérieure faisait bride et empêchait de décoller le péritoine assez pour découvrir aisément l'artère. Suivant le conseil de M. Farabeuf, qui assistait à l'opération, on allongea en dehors l'incision de 3 à 4 centimètres, suivant une ligne courbe revenant vers l'ombilic; l'artère fut alors facilement découverte et liée.

M. Gallerand, dont nous avons déjà signalé l'observation, put, grâce au procédé de Marcellin Duval, placer aisément le fil à 5 centimètres au-dessus de l'origine des artères circonflexe et épigastrique. De même, M. Maher, directeur du service de santé, lia également l'iliaque externe avec succès par le même procédé.

Accidents et complications de la ligature de l'iliaque externe. — Après avoir étudié les divers procédés de ligature de l'iliaque externe, il nous reste à signaler les accidents qui peuvent se montrer au cours de l'opération. Le premier, c'est la blessure du péritoine. Nous la trouvons déjà signalée deux fois dans la *Statistique de Norris*. Elle est notée cinq fois dans les observations que nous avons réunies. Si nous cherchons à nous rendre compte des causes

qui ont pu provoquer un semblable accident, nous voyons que deux fois l'incision a été faite plus haut que d'habitude. Nankivell[1] note que son incision a été faite à un pouce plus haut que de coutume. Il est dit, dans une observation de Pinkerton[2], que la tumeur proéminant au-dessus du ligament de Poupart, l'incision fut faite un peu plus haut que d'habitude.

La conclusion à tirer de pareils faits, c'est qu'il faut se conformer strictement aux préceptes d'A. Cooper, et ne pas faire remonter l'incision à plus d'un travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope. Que si une pareille incision est insuffisante à cause du point élevé où doit porter la ligature, on y joindra le débridement vertical de Marcellin Duval, plutôt que d'éloigner l'incision tout entière de l'arcade fémorale.

Dans un troisième fait[3], il est noté que l'incision du fascia transversalis fut faite sur la sonde cannelée, et que, malgré cela, il y eut blessure du péritoine. Nous serions presque tentés de dire que c'est précisément à cause de l'emploi de la sonde cannelée pour l'incision du fascia transversalis, que le péritoine fut lésé. Cet instrument nous semble, en effet, très dangereux dans le cas particulier. Il peut arriver que la sonde cannelée, poussée avec trop de force, vienne léser le péritoine, ou bien qu'elle soulève en même temps le fascia transversalis et le péritoine, qui est incisé par le bistouri, au moment où son tranchant suit la cannelure de l'instrument. La sonde cannelée nous semble donc ici un dangereux instrument; et nous croyons préférable de suivre les conseils d'A. Cooper, qui, à ce temps de l'opération, déposait le bistouri pour ne plus le reprendre. Mieux vaut en effet déchirer le fascia transversalis à son insertion sur l'arcade fémorale, que de le sectionner. Nous pouvons citer à l'appui de cette opinion Wood, qui a l'expérience de cette ligature, puisqu'il l'a pratiquée huit fois. Il ne coupe pas, nous dit-il, le fascia transversalis avec le bistouri; mais il le soulève avec des pinces pour l'écarter du péritoine; alors il le déchire, y creuse avec l'ongle de l'index une ouverture qu'il dilate ensuite avec les doigts. Henry Smith, qui, nous l'avons dit, a fait six fois cette opération, note également qu'il n'incise pas le fascia transversalis sur la sonde cannelée.

Dans les deux derniers cas de blessure du péritoine que nous ayons rencontrés, l'accident ne paraît pas se rattacher au procédé opératoire employé. Eben Watson[4] l'attribue chez son malade à

[1] NANKIVELL, *The med. Times*, 1869, t. II, p. 573.

[2] PINKERTON, *The Lancet*, 1878, t. II, p. 546.

[3] HUTCHINSON, *American Journal*, janvier 1876, t. II, p. 91.

[4] EBEN WATSON, *The Lancet*, 1876, t. II, p. 213.

l'adhérence du péritoine au fascia transversalis. Poore et Bryan[1] se contentent de noter le fait, sans en donner l'interprétation. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est le peu de gravité de cette complication. Les deux cas notés par Norris se sont terminés par la guérison; dans quatre des faits que nous venons de mentionner, les malades ont guéri; de sorte que sur sept cas de blessure du péritoine dans la ligature de l'iliaque externe, six se sont terminés par la guérison. Encore le seul malade qui ait succombé, celui de Poore et Bryan, est-il mort de gangrène, c'est-à-dire d'une complication étrangère à la lésion péritonéale. Si ce résultat n'est pas fait pour nous rendre moins soigneux vis-à-vis du péritoine, il est du moins de nature à calmer nos craintes en présence d'un paroil accident. La ligature au catgut de la plaie de la séreuse serait la conduite à tenir en pareil cas.

Un autre accident opératoire, c'est la blessure de l'artère épigas trique, que nous rencontrons dans trois cas. Dans deux de ces faits, celui de Georges Cooper Sanders[2], et celui de Johnson Smith[3], il est dit que l'opérateur a suivi le procédé d'A. Cooper. Il est certain que, s'avançant assez loin du côté interne, ce procédé expose à pareil incident. Ajoutons, d'ailleurs, qu'il n'a pas de gravité. Dans ces trois cas, les malades ont guéri, sans avoir présenté de gangrène, bien que l'épigastrique ne pût servir au rétablissement de la circulation.

Notons comme circonstance capable de gêner beaucoup l'opérateur, la présence de la veine circonflexe passant au-devant de l'artère. M. Gallerand signale le fait dans son observation, et il appelle l'attention sur la gravité que présenterait la blessure de ce vaisseau, près de son embouchure dans le tronc volumineux de la veine iliaque. Dans une opération, Morton (*The Lancet*, 1878) note la présence d'une grosse veine qui croisait l'artère. Enfin, Norris rappelle un cas de Houston (*Dublin, Journal of med.*, 1842, vol. XXII), dans lequel la veine circonflexe iliaque fut la source d'un grand embarras pour l'opérateur. La conclusion pratique à tirer des faits précédents, c'est qu'il ne faut pas chercher à dénuder l'artère trop près de l'arcade fémorale. En s'éloignant un peu de ce point, on aura le double avantage d'éviter la veine circonflexe iliaque, et de se tenir à une distance suffisante de l'artère épigastrique.

En terminant, nous dirons quelquos mots des autres incidents

[1] Poore et Bryan, *The New-York méd. Journal*, 1879, vol. XXX, p. 317 à 319.

[2] Georges Cooper Sanders, *The Lancet*, 1874, t. II, p. 118.

[3] Smith, *The Lancet*, 1874, t. I, p. 872.

opératoires que nous trouvons signalés dans les observations que nous avons étudiées.

Farland (*The Lancet,* 1870) note que l'artère était cachée par des ganglions hypertrophiés. Smith (*The med. Times,* 1871) appelle aussi l'attention sur ce point. Il cite, à cet égard, un cas de Fergusson.

Plusieurs opérateurs notent l'adhérence du péritoine rendant difficile l'isolement de cette membrane. Dans un fait de Fleming (*Brit. med.*, 1877), il est dit que le péritoine fut difficile à séparer du fascia transversalis ecchymosé sous l'influence de la compression antérieure. C'est en effet surtout dans les cas où la compression a été employée avec persistance avant la ligature, qu'on est exposé à rencontrer le péritoine adhérent. C'est une raison de plus pour le chirurgien de prendre, en pareil cas, des précautions minutieuses.

Il est arrivé que le chirurgien a eu de la peine à rencontrer l'artère, qui était flexueuse et déviée vers la cavité pelvienne. Fergusson (*The Brit. med.*, 1873) rapporte que ce fut seulement en poussant profondément le doigt vers la ligne médiane jusque sur la vessie, qu'il rencontra l'artère, battant faiblement, parce qu'elle ne reposait sur aucun plan résistant. Dans un cas de Butcher (*The Dublin Journal of med. sciences,* 1872), l'artère n'était pas sur le psoas, mais appendue au bord interne du muscle, recourbée dans le bassin. Il semble que ce soit surtout dans les cas où l'anévrisme a envahi la fosse iliaque elle-même, comme dans les deux observations précédentes, que l'on puisse s'attendre à rencontrer une semblable déviation du vaisseau.

Dans le cas de Fochier, le nerf génito-crural fut pris dans la ligature. Le chirurgien, s'apercevant du fait, pratiqua immédiatement la section du nerf. C'est là un incident de peu d'importance ; mais, dans la même observation, nous rencontrons un détail qui doit être signalé. L'auteur, ayant lié très haut, prit la précaution, pour s'assurer qu'il n'était pas trop près de la bifurcation de l'iliaque primitive, de décoller un peu le péritoine et d'aller sentir avec le doigt la bifurcation du vaisseau. C'est là une précaution qui nous semble devoir être recommandée ; car, mieux vaut décoller le péritoine sur une étendue un peu plus grande, que de s'exposer à placer le fil trop près de la bifurcation de l'iliaque primitive, dans un point où l'hémostase ne se ferait que très difficilement.

Résumé et conclusions.

Des anévrismes inguinaux.

I

Nos recherches sur ce sujet confirment pleinement les résultats de Malgaigne et de Norris.

Les anévrismes inguinaux sont infiniment plus fréquents dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

C'est surtout dans la période moyenne de la vie, de 30 à 40 ans, que cette affection atteint son maximum de fréquence.

Il n'y a aucune prédominance marquée sous le rapport du côté affecté. Deux fois seulement, nous avons trouvé les deux côtés atteints sur un même sujet.

Le traumatisme est l'une des circonstances étiologiques le plus souvent invoquées.

Une des particularités les plus intéressantes, c'est l'existence d'abcès ou de bubons antérieurs. Dans quelques cas, l'anévrisme se manifeste alors que la suppuration persiste encore ; ce sont là des faits d'ulcération des artères dans des foyers purulents, analogues à ceux qui ont été signalés dans la récente discussion de la Société de chirurgie ; mais d'autres fois, l'anévrisme ne se manifeste que plus ou moins longtemps après la suppuration. L'interprétation est alors beaucoup plus difficile. Il est toutefois permis de se demander si l'inflammation ne s'est pas propagée du foyer purulent aux parois artérielles, déterminant dans leur épaisseur les modifications qui préparent la dilatation anévrismale.

Quant aux causes générales, elles ne diffèrent pas, dans les anévrismes inguinaux, de celles qu'on rencontre dans les autres anévrismes des membres, arthritisme, syphilis, alcoolisme, et par-dessus tout, influence de la race, qui joue certainement un rôle prépondérant.

Le siège des anévrismes inguinaux est le plus souvent, comme l'avait indiqué Malgaigne, l'origine de la fémorale, et dans les cas même où la tumeur déborde en haut l'arcade de Fallope, la ligature de l'iliaque externe reste le plus souvent applicable.

La marche de ces anévrismes est rapide. Leur guérison spontanée est tout à fait exceptionnelle.

Quant au traitement, bien que les méthodes non sanglantes, compression, flexion, méthode de Reid, doivent être essayées ; bien souvent, elles échouent ; et la ligature de l'iliaque externe

peut être à juste titre regardée comme la méthode générale de traitement.

II

Ligature de l'artère iliaque externe.

Nous avons étudié cette ligature au double point de vue de sa valeur thérapeutique ou des résultats qu'elle fournit, et de son manuel opératoire.

A. — *Valeur thérapeutique.*

Les 90 observations que nous avons colligées de 1865 à 1883, postérieures par conséquent à la statistique de Norris (1847) et à celle d'Eutter (1864), nous ont fourni une mortalité de 22, 61 0/0, notablement inférieure par conséquent à celles obtenues par ces auteurs (27, 90 0/0 Norris ; 30, 71 0/0, Eutter).

Mais, pour nous rendre un compte exact de la valeur thérapeutique de la ligature de l'iliaque externe, nous avons examiné isolément ses résultats suivant qu'elle a été appliquée à la cure des anévrismes, ou bien aux hémorragies artérielles, on à l'éléphantiasis du membre inférieur.

Il existe en effet une différence remarquable entre les résultats que fournit la ligature appliquée à la cure des anévrismes, et ceux qu'elle donne dans les cas d'hémorragies.

La mortalité générale, qui était de 23, 61 0/0, se trouve abaissée à 18, 84 0/0, quand on considère les seules ligatures pratiquées pour anévrismes. Ce qui assombrit la statistique, ce sont donc les ligatures faites dans les cas d'hémorragies.

Ici, comme pour toutes les opérations chirurgicales, il n'est pas douteux que la méthode antiseptique n'ait singulièrement amélioré les résultats. Si l'on considère en effet les opérations qui ont été pratiquées dans ces dix dernières années, de 1874 à 1883, c'est-à-dire depuis que la méthode antiseptique s'est généralisée, on voit qu'elles ne fournissent plus qu'une mortalité de 12, 50 0/0.

C'est là encore un chiffre élevé, mais il faut se souvenir que les malades opérés sont souvent des diathésiques, alcooliques, syphilitiques, rhumatisants, cardiaques, malades portant simultanément plusieurs dilatations anévrismales. C'est à ces circonstances que sont dues bien des complications que les pansements les plus soignés sont impuissants à conjurer.

Mais où éclate l'influence heureuse de la méthode antiseptique,

c'est dans la disparition des accideuts infectieux, et dans la diminution du chiffre des hémorragies secondaires.

C'est à tort que le catgut pourrait être incriminé de produire cette complication ; au contraire un fil résorbable, et aussi peu irritant que possible, est de nature à favoriser l'hémostase, et mérite d'être employé de préférence à tout autre.

La gangrène du membre, l'inflammation et la rupture du sac sont, avec les hémorragies secondaires, les accidents les plus à craindre après la ligature.

Quant à la récidive de l'anévrisme, elle doit imposer tout d'abord au chirurgien l'obligation d'examiner soigneusement la circulation du membre, pour voir quelle est la source qui alimente le sac anévrismal. La compression, soit du bout inférieur de l'artère, soit d'une collatérale, peut suffire à amener la guérison. Dans un cas, la ligature de l'artère épigastrique a permis à Wood de guérir son malade. Si la compression est insuffisante, l'ouverture de la tumeur par la méthode ancienne devient alors le procédé de choix. Elle a fourni à Hutchinson un succès. Enfin William Rose a pratiqué heureusement l'extirpation d'un volumineux anévrisme fémoral récidivé.

La ligature de l'iliaque externe dans les cas d'hémorragies contraste singulièrement par ses résultats avec la même opération pratiquée pour la cure des anévrismes. Sur 11 cas de cette nature, nous trouvons en effet 5 morts; ce qui donnerait une mortalité de 45 0/0. C'est une raison pour lui substituer la compression, comme le veut Cripps, dans les cas d'hémorragies secondaires après ligature de la fémorale.

Tandis en effet que la ligature de l'iliaque externe faite dans une pareille circonstance a donné 12 morts et 2 guérisons, la compression a fourni, au contraire, 12 guérisons, et seulement 3 morts.

Sans vouloir juger l'efficacité de la ligature de l'iliaque externe appliquée à la cure de l'éléphantiasis, nous rappelons la bénignité de l'opération en pareil cas, puisque les 4 observations signalées se sont terminées par la guérison, sans aucune complication.

B. — *Manuel opératoire.*

De tous les procédés de ligature de l'iliaque externe, celui qui nous semble devoir être conseillé est celui d'A. Cooper. Il rend facile la recherche de l'artère, n'expose pas à la blessure du péritoine et à l'éventration consécutive ; et il permet de jeter le fil aisément à 3 centimètres au-dessus de l'épigastrique.

Dans les cas où la ligature doit être faite à un niveau très élevé,

l'incisión conseillée par Marcellin Duval, et qui est une combinaison de celles d'Abernethy et d'A. Cooper, mérite la préférence.

Quant aux accidents qui peuvent survenir pendant la ligature, le premier c'est la blessure du péritoine, qui, notée deux fois par Norris, se retrouve 5 fois dans nos observations.

Ce qu'il y a d'intéressant à noter, c'est que cette complication n'a pas la gravité qu'on pourrait lui attribuer tout d'abord, puisque 6 des malades ont guéri ; le seul qui ait succombé est mort de gangrène, accident étranger par conséquent à la blessure du péritoine.

3 fois, l'artère épigastrique a été coupée ; ce qui, du reste, n'a eu aucune suite fâcheuse.

Les opérateurs citent, comme cause de gêne, tantôt des ganglions hypertrophiés, tantôt la déviation de l'artère du côté du bassin, enfin la présence au-devant de l'artère d'une veine circonflexe iliaque excessivement développée.

Les adhérences du péritoine au fascia transversalis sont surtout à craindre dans les cas où la compression a été longtemps prolongée.

Signalons enfin, comme une précaution bonne à prendre dans les cas où la ligature doit être placée très haut, le procédé indiqué par Fochier dans son observation, et qui consiste à décoller assez le péritoine pour aller sentir avec le doigt la bifurcation de l'artère iliaque externe. De cette façon on est sûr de placer le fil à une distance suffisante de l'éperon artériel, pour que l'hémostase puisse se faire facilement.

Remarque. — Depuis que notre mémoire est terminé, nous avons reçu, grâce à l'obligeance de notre collègue M. Jullien, les détails d'une nouvelle observation publiée par le Dr Antonio Lepre [1].

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, présentant à la racine de la cuisse gauche une plaie située sur le trajet de l'artère fémorale ; l'hémorragie avait été formidable, et la malade, à son entrée, était exsangue. La ligature de l'iliaque externe fut immédiatement pratiquée ; l'opérateur rencontra de grandes difficultés tenant à l'épaisseur des parois abdominales, et aussi à ce que l'opérateur n'avait pas à sa disposition d'aiguille de Cooper. Il arriva néanmoins à placer le fil immédiatement au-dessus de l'artère circonflexe. Malgré ce voisinage d'une grosse collatérale, il n'y eut pas d'hémorragie secondaire. La chute du fil eut lieu le 18e jour ; au 26e jour, la cicatrisation était complète.

[1] Antonio Lepre, *Annali clinici dello ospedale incurabili*, 1881, fasc. V, p. 283.

La seule complication intéressante à noter, c'est une paralysie vésicale qui dura jusqu'au 7e jour.

Résumé des observations.

Parmi les 90 observations de ligature de l'iliaque externe recueillies de 1865 à 1883, il y a 75 ligatures pour anévrismes.

Ces ligatures pour anévrismes donnent :

Guérisons	54
Morts..................	12
Récidives........	3
Résultats inconnus........	6
Total..........	75

Les causes de la mort dans les 12 cas signalés ont été :

2 fois, la pyohémie ;

2 fois, la péritonite ;

2 fois, les suites d'une amputation ;

3 fois, l'hémorragie ;

1 fois, des lésions hépatiques et rénales, dues à l'alcoolisme ;

1 fois, l'embolie ;

1 fois, la gangrène du membre.

Les complications suivantes ont été observées :

Hémorragie	7 fois
Gangrène.............	5 —
Inflammation du sac....	2 —

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

ABERNETHY, On aneurism (in *Lurgical works*, 1826, t. I, p. 277).

BOGROS, Considérations sur l'anatomie chirurgicale de la région iliaque, et description d'un nouveau procédé pour faire la ligature des artères épigastrique et iliaque externe (*Archives de médecine*, 1re série, t. III, p. 399).

A. COOPER, *Méd. chir., Transactions*, 1813, t. IV, p. 437. An account of the anastomosis of the arteries at the groin.

CRIPPS, The treatment of secondary hœmorrage after ligature of the femoral arteny in continuity (*Saint-Bartholomew's Hosp. Reports*, vol. X, 1874, p. 91).

FARABEUF, Ligature de l'iliaque externe, *Soc. de chir*,, 23 mars 1881, et *Méd. opérat.*, ligature des artères, p. 116.

MALGAIGNE, Mémoire sur les anévrismes de la région inguinale et sur leur traitement (*Journal de chirurgie*, 1846, p. 2 et 42).

NORRIS, Table showing the mortality following the operation of tying the iliac arteries (*The american journal of the med. sciences*, january, 1847).

SUE le jeune, Mémoire lu à l'Académie royale de chirurgie le 14 septembre 1874 sur l'anévrisme de l'artère crurale (in *Journal de Vandermonde*, juillet et août 1876, II, p. 44 et 160).

WOOD, Ligation of the external iliac arteny *The medical Records New-York*, 1881, t. 19, p. 325-328).

Présentation d'instrument.

M. Terrier présente un blépharostat construit par M. Collin d'après un modèle de M. le Dr Faucher. Le blépharostat ordinaire a le défaut d'appuyer sur le globe de l'œil, et si le malade fait effort pour fermer les paupières, la pression s'exerce sur l'œil par l'intermédiaire des crochets de l'instrument, ce qui peut provoquer des accidents lorsque la cornée a été incisée.

Avec le nouveau blépharostat, non seulement les paupières sont écartées l'une de l'autre, mais encore elles sont écartées du globe de l'œil : deux points d'appui, pris sur l'arcade orbitaire et sur la pommette, supportent l'appareil, qui ne peut toucher le globe de l'œil, même si le malade fait effort. L'instrument se place comme le blépharostat ordinaire,sans aucune manœuvre accessoire ; par le rapprochement des branches, les pièces d'appui se soulèvent et ne gênent pas pour introduire les crochets sous les paupières; ces pièces s'abaissent et viennent prendre un point d'appui quand les branches s'écartent. Avant de placer l'appareil, on l'adapte à la conformation du sujet en réglant, au moyen de deux vis disposées à cet effet, l'arc que doivent décrire les pièces d'appui pour soulever les paupières au degré convenable : ainsi, la pièce frontale devra s'abaisser moins que la pièce de la joue si l'arcade orbitaire fait une saillie prononcée; les deux pièces devront s'abaisser davantage si l'œil est peu enfoncé dans l'orbite. Pour régler l'instrument, on invite le malade à fermer les paupières, on place l'écarteur ouvert sur les paupières et on serre la vis d'arrêt ; on règle alors les vis des leviers de manière à ce que les crochets touchent à peine les paupières et ne s'appuient pas sur elles quand on presse sur l'instrument. On peut alors placer l'appareil, et les paupières seront soulevées de façon à laisser voir les culs-de-sac de la conjonctive, sans déplacer le blépharostat, on peut encore achever de régler le soulèvement des paupières s'il en est besoin.

— L'emploi de cet instrument rend impossibles les accidents mis sur le compte du blépharostat, et rend inutile la présence d'un aide chargé de soulever l'instrument en cas de besoin.

Tumeur hypertrophique de la rate. Splénotomie. Mort par hémorragie. Présentation de pièces, par M. Terrier.

Mme Renault, 43 ans, rue du Couëdic, 31 (Montrouge), couturière, entre dans le service de chirurgie de la Salpêtrière, le 6 décembre 1880, (salle Saint-Antoine, n° 4).

Cette femme, née à Dammartin, est restée toujours à la campagne jusque dans ces dernières années ; depuis trois ans seulement elle habite Paris, à Montrouge. En fait elle n'a jamais été soumise à l'influence du miasme paludique et n'a jamais eu de fièvres intermittentes. Sa santé a toujours été bonne et elle n'a jamais subi de privations. Mariée à 29 ans, Mme Renault a eu deux accouchements normaux, pas de fausses couches.

Réglée à 15 ans, les règles ont été toujours régulières, sauf dans ces quatre dernières années; l'écoulement sanguin a notablement diminué et parfois il se produisait une amenorrhée durant plusieurs mois. Les dernières règles datent du mois d'avril 1881.

Pendant son enfance, Mme Renault n'a jamais été malade et n'a pas présenté d'accidents strumeux ; à 26 ans, bronchite assez forte, à 34 ans, fièvre typhoïde avec ictère.

Son père est mort accidentellement à 31 ans, sa mère a succombé à une fièvre typhoïde. Une sœur est morte phtisique à 36 ans.

Le début de l'affection splénique, pour laquelle la malade entre à la Salpêtrière, a été fort insidieux, aussi Mme Renault ne peut elle la préciser exactement. Depuis trois ans, l'appétit a diminué et les forces ont notablement baissé; la malade s'est amaigrie, se plaignait de maux de tête, de palpitations, d'insomnies, les repas étaient difficiles à digérer et amenaient de la somnolence. En résumé, Mme Renault offrait tous les signes d'une anémie profonde.

En même temps, c'est-à-dire depuis trois ans, la malade commence à éprouver une tension pénible dans la moitié gauche du ventre, cette tension déterminait même de la douleur dans certains mouvements.

Il n'y eut jamais d'épistaxis, ni d'hémorragies d'aucune sorte, toutefois, depuis 5 à 6 ans, des ecchymoses spontanées sous la conjonctive bulbaire apparaissaient assez souvent, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, sans que d'ailleurs la malade eût remarqué une relation entre le développement de ces ecchymoses et l'apparition des règles.

État actuel, 10 *décembre* 1880. — La palpation du ventre, qui forme un volume un peu anormal, révèle très facilement l'existence d'une masse dure, régulière, à la surface un peu mobile et offrant absolument la forme de la rate.

Cette masse occupe la moitié gauche de la cavité abdominale, elle se cache supérieurement sous l'hypocondre gauche, qu'elle remplit to-

talement, et descend en s'effilant jusque dans l'excavation pelvienne, si bien que le toucher vaginal permet de constater sa présence dans le cul-de-sac latéral gauche.

En avant, la masse morbide se termine par un bord tranchant, qu'il est facile de saisir entre les doigts. Ce bord correspond à peu près à la ligne blanche, qu'il déborde toutefois à droite, vers la région ombilicale, de 2 centimètres environ.

Matité complète dans toute l'étendue de cette masse, c'est-à-dire dans l'hypocondre et le flanc gauches, dans toute la partie gauche des régions épigastrique et hypogastrique. Il y a un peu de sonorité dans la fosse iliaque gauche.

Le volume du foie n'est pas augmenté, il déborde les fausses côtes l'un centimètre environ.

La respiration est normale, jamais de toux ni d'oppression.

Les battements cardiaques sont normaux.

La miction est régulière, la malade élimine par jour 1,000 à 1,200 grammes d'urine, celle-ci ne contient ni sucre, ni albumine.

Mme Renault, chez laquelle il fut très facile de déterminer l'existence d'une hypertrophie splénique, avait été soumise à l'usage régulier du sulfate de quinine pendant trois semaines. Cette médication ne donna aucun résultat. Le sang fut examiné à plusieurs reprises par M. Marie, interne de M. le Dr Ollivier, auquel j'avais adressé Mme Renault avant son entrée à la Salpêtrière, et voici les résultats obtenus :

Globules rouges, 5,428,000.

Et 1 globule blanc pour 275 rouges,

En fait, il y avait un léger degré de leucocythémie.

Dès son entrée à la Salpêtrière, Mme Renault fut soumise au traitement antisyphilitique (sirop de Gibert) pendant vingt jours, et cela sans obtenir le moindre résultat.

Vers le commencement de décembre 1880, M. le professeur Verneuil eut la bonté de venir voir la malade, il vérifia le diagnostic d'hypertrophie de la rate et conseilla les douches froides et un traitement tonique.

Cette thérapeutique fut régulièrement suivie jusqu'au 9 février 1881, époque à laquelle la malade quitta le service. L'état général paraissant amélioré, les forces étaient un peu revenues, l'appétit meilleur; toutefois, il ne s'était produit aucune modification locale, et l'hypertrophie de la rate paraissait plutôt augmentée, en ce sens qu'elle débordait un peu plus la ligne médiane à droite.

Pendant son séjour à l'hôpital, le sang de la malade fut examiné de nouveau par mon confrère et ami le Dr Nepveu, voici la note qu'il me fit remettre :

Globules rouges normaux, ne s'accolant pas facilement en pile de monnaie ; de plus, il y a beaucoup de globulins.

Globules blancs normaux, un peu plus nombreux qu'à l'état physiologique (10 à 12 par champ). Quelques-uns sont accolés au nombre de quatre ou cinq, fait rare. Ils n'offrent pas de pigmentation anormale à leur intérieur.

Dans le *sérum*, quelques micrococcos et quelques micro-bactéries animés d'un mouvement propre.

En résumé : 1° Pas de pigmentation anormale ou d'éléments spéciaux qui puissent faire songer au paludisme;

2° Très légère leucocytose *qui éloigne toute idée de leucémie*.

Rentrée chez elle, Mme Renault continua l'hydrothérapie pendant trois mois, puis la cessa, n'y trouvant plus d'amélioration sensible.

Vers le mois de juin dernier, la malade ressentit de vives douleurs dans le côté gauche, douleurs apparaissant irrégulièrement et pouvant être assez violentes pour nécessiter le repos au lit et gêner la respiration. L'état général restait à peu près le même, il y avait toujours une grande faiblesse.

Mme Renault entra pour la seconde fois à la Salpêtrière, le 16 novembre 1881. L'état général est plus mauvais qu'à la sortie, c'est-à-dire le 9 février dernier, l'appétit est presque nul, les forces très diminuées, il y a un notable amaigrissement. Il n'y a pas d'œdème des extrémités inférieures.

A son entrée, la malade présente à l'œil gauche une ecchymose conjonctivale qui date de quelques jours déjà. L'abdomen a un peu augmenté de volume, la circonférence au niveau de l'ombilic est de 98 centimètres. La tumeur remplit absolument tout l'hypocondre, le flanc et la fosse iliaque gauches, elle occupe en outre la moitié gauche des régions épigastrique, ombilicale et hypogastrique ; de plus, elle empiète de 6 centimètres à droite au niveau de l'ombilic et de l'hypogastre. En résumé, il y a une notable augmentation de la tumeur depuis la sortie de la malade.

L'examen du sang fut fait une seconde fois par mon excellent ami le Dr Malassez. Il trouva :

3,485,000 globules rouges.
13,750 globules blancs.
Soit 1 globule blanc sur 253 rouges.
Hémoglobine par millimètre cube, 96 μ grammes.
Hémoglobine par globule, 27,5 $\mu\mu$ grammes.

D'après ce second examen, le nombre des globules rouges avait très sensiblement diminué depuis un an environ, et la proportion des globules blancs aux globules rouges était passée de 1/275 à 1/253. La leucocythémie, quoique toujours peu considérable, s'était notablement accentuée.

L'examen des poumons, du cœur, du foie, ne donna que des résultats négatifs.

Les urines recueillies tous les jours variaient entre 1,000 et 1,200 grammes, comme lors du premier séjour de la malade à la Salpêtrière.

L'analyse des urines faites par M. Verkamer donna les résultats suivants :

Quantité, 1 litre.
Densité, 1,020.
Acide phosphorique, 1,15 pour 1 litre.
Chlore, 6,50 pour 1 litre.

Urée, 19 pour 1 litre.

Dépôt d'urates, ni sucre, ni albumine.

La température prise matin et soir oscille entre 36°,4 et 36°,5, elle n'atteint jamais 37°.

En présence de ces phénomènes morbides et de l'accroissement incessant de la tumeur, la question d'une intervention chirurgicale fut posée une seconde fois. Déjà, en 1880, elle avait été rejetée par M. le professeur Verneuil et par moi, malgré les vives instances de la malade. J'eus encore recours aux conseils de mon excellent maître M. le professeur Verneuil, et devant l'impossibilité d'arrêter les progrès du mal, nous crûmes devoir accéder au désir de Mme Renault.

Notre détermination fut d'autant plus difficile à prendre que les travaux faits sur la splénotomie indiquent comme extrêmement sérieuse et presque toujours mortelle l'intervention faite chez les leucocythémiques. Ici cependant cette leucocythose était peu accentuée, et l'on pouvait espérer un résultat favorable, malgré la gravité du pronostic opératoire.

L'opération fut faite le 13 décembre 1881 avec l'aide de mes collègues et amis MM. Périer et Just Championnière. Mon collègue M. Berger endormit la malade.

M. le professeur Verneuil et MM. les docteurs Charles Monod, O. Terrillon, Nicaise, Coignard et Zancarol assistaient à l'opération.

Incision sur la ligne médiane, commençant au milieu de l'espace qui sépare l'appendice xyphoïde de l'ombilic et s'étendant jusqu'à la moitié de la distance qui s'étend de l'ombilic au pubis.

La paroi amincie fut rapidement sectionnée, quelques vaisseaux donnèrent du sang et furent obturés à l'aide de pinces hémostatiques.

Le péritoine fut largement ouvert sur la sonde cannelée; aussitôt apparut la tumeur splénique, tendue, luisante, régulière et d'une coloration gris fer.

La main gauche introduite dans la cavité abdominale put facilement contourner la tumeur, qui ne me parut présenter que quelques adhérences en haut et en arrière dans l'hypocondre gauche.

Le hile de la rate fut assez facilement découvert en renversant la tumeur à gauche et en refoulant et maintenant la masse intestinale à droite à l'aide de larges éponges.

Une première division vasculaire, formée d'une veine volumineuse comme une plume d'oie et de deux petites artères fut contournée avec une aiguille mousse; un double fil fut aussi placé sur le paquet vasculaire et les deux anses, préalablement écartées l'une de l'autre d'environ un centimètre, furent liées et serrées. Le paquet vasculaire fut donc saisi entre deux ligatures et sectionné entre elles, si bien qu'on ne perdit pas de sang.

Une deuxième division vasculaire était située à environ deux centimètres au-dessus de la précédente et fut traitée de la même manière, seulement ici je pus isoler les deux artères de la grosse veine, et des doubles ligatures furent passées autour des artères et de la veine. Malheureusement je ne pus espacer suffisamment les 2 ligatures jetées

sur la veine, aussi en sectionnant entre les fils, la ligature située sur la veine et répondant à la rate céda, d'où une perte de sang qui fut aussitôt arrêtée par la compression à l'aide d'une petite éponge maintenue par les doigts de l'aide qui retractait la tumeur à gauche. (M. le Dr Périer.)

Ne pouvant aller plus loin ni plus profondément sans danger, et n'atteignant pas encore la partie supérieure du hile de la rate, l'incision abdominale fut agrandie en haut et en bas à l'aide des ciseaux mousses. Grâce à ce débridement, je pus faire sortir de l'abdomen la partie inférieure de la tumeur, et la renversant un peu en dehors, il me fut facile d'atteindre le véritable pédicule de la tumeur. En ce point on voit nettement la veine splénique, qui offre le volume du pouce, et l'artère splénique, aussi grosse que la crurale et battant fortement sous le doigt. Un double fil fut placé autour des deux vaisseaux à l'aide de l'aiguille mousse et courbe, les deux anses furent écartées peu à peu l'une de l'autre, dans l'étendue de plus d'un centimètre ; on fit deux ligatures et les gros vaisseaux furent sectionnés sans perte de sang appréciable.

Notons que toutes les ligatures appliquées sur les vaisseaux avaient été laissées longues, afin de les retrouver facilement et de vérifier leur état avant de terminer l'opération.

Quoique le pédicule de la tumeur ait été sectionné, le volume énorme de la partie supérieure de la rate empêchait sa sortie de l'abdomen. Quelques adhérences cellulaires postérieures furent détruites avec le doigt, des adhérences épiploïques contenant des vaisseaux furent sectionnées entre deux pinces en T et liées avec soin.

La rate put enfin être extraite de la cavité abdominale, elle pesait 6 kilogrammes.

Toilette minutieuse de la cavité péritonéale, qui d'ailleurs renfermait très peu de sang épanché.

On fit successivement la section des longs fils des ligatures placées sur les vaisseaux, en s'assurant de leur solidité. Au niveau de la 2e division vasculaire, deux nouvelles ligatures furent placées sur les deux divisions artérielles, les premières ligatures serrées paraissant peu solides.

Enfin, sur le moignon formé par la ligature en masse de la veine et de l'artère splénique, celle-ci fut isolée des parties voisines et liée une seconde fois isolément à l'aide d'un fil plus fin.

Toutes ces ligatures furent faites avec de la soie phéniquée.

La suture profonde de la paroi abdominale fut faite à l'aide de douze fils d'argent, quelques sutures superficielles (5) assurèrent le contact parfait des lèvres de la plaie, qui avaient une certaine tendance à se renverser en dehors, et à saigner. On remarque que toutes les piqûres faites pour passer les fils d'argent saignent beaucoup.

Pansement de Lister, compression méthodique du ventre avec de la ouate et une bande de flanelle.

L'opération faite sous le spray a duré une heure un quart.

La malade se réveille facilement et ne souffre pas.

A 2 heures, T. 36° 6, pouls 90.

A 5 heures, T. 36° 8, pouls 92, respiration 24.

Il s'est écoulé une notable quantité de sang par les lèvres de la section abdominale, si bien qu'on a dû relever le pansement et appliquer sur la plaie de l'amadou imbibé de perchlorure de fer.

La malade, très faible, se plaint de quelques coliques, de douleurs dans l'épaule gauche et d'oppression.

Les pupilles sont très contractées. — On a fait dans la journée une injection de 25 milligrammes de morphine pour calmer les coliques.

A six heures, affaissement considérable, pouls filiforme, très fréquent, extrémités froides. Injection sous-cutanée d'éther qui ne produit aucun résultat appréciable.

A deux heures du matin, la respiration devient difficile, mais l'intelligence est très nette. 2e injection d'éther.

La malade meurt à 4 heures du matin, après une agonie d'une heure environ.

Autopsie le 15 *décembre* 1881. — Le cadavre est blanc, décoloré, sans traces de putréfaction, pas de ballonnement du ventre, des caillots noirs fibrineux s'observent sur presque tout le trajet de la suture abdominale.

La paroi antérieure de l'abdomen enlevée, de façon à ménager la suture médiane, on voit que le péritoine qui recouvre cette paroi est noirâtre, marbré de nombreuses ecchymoses sous-jacentes, et on y observe même de véritables collections sanguines sous-péritonéales.

Entre chaque point de suture de la paroi, s'observent des épanchements sanguins, de vraies collections noirâtres, diffluentes, qui font saillie sous le péritoine mais n'ont pas pénétré jusque dans la séreuse, les bords de celle-ci adossés par la suture s'étant réunis et n'ayant pas cédé. En résumé, malgré l'écoulement sanguin de la plaie, il n'y a pas eu d'épanchement intra-abdominal à son niveau.

Les intestins sont congestionnés, présentent des taches ecchymotiques sous-séreuses, et offrent une certaine dilatation due à la présence de gaz intestinaux. Ils ne sont pas accolés les uns aux autres et il ne paraît pas y avoir de péritonite.

L'excavation pelvienne, la fosse iliaque, le flanc et l'hypocondre gauches sont remplis par de la sérosité fortement teintée par le sang, des caillots noirâtres et diffluents existent en grand nombre dans l'excavation qu'occupait la base de la rate hypertrophiée, c'est-à-dire dans l'hypocondre gauche. Ce liquide, recueilli avec soin, remplissait presque un vase de la capacité d'un litre.

En enlevant la moitié gauche du pancréas, avec l'artère et la veine spléniques, on vit qu'il existait un vaste épanchement sanguin dans l'arrière cavité des épiploons. Notons que la veine splénique renfermait un long caillot noirâtre, naissant du point où avait été appliquée la ligature de soie et se terminant du côté du cœur par une extrémité mousse parfaitement lisse et unie.

Le foie est gras, non hypertrophié.

La partie gauche du méso-colon transverse et le mésentère de l'S iliaque sont colorés et infiltrés par le sang épanché dans l'abdomen.

Les poumons sont exsangues et parfaitement sains, toutefois on trouve quelques ecchymoses sous-pleurales et un épanchement sanguin entre les deux lamss du ligament pulmonaire gauche. De ce côté aussi et sous la plèvre diaphragmatique existe une large ecchymose sous-pleurale.

Le cœur est mou, un peu gras; son tissu est sain, ses valvules sont absolument normales; les cavités cardiaques sont presque vides de sang et ne renferment que quelques caillots rougeâtres très diffluents. Sur la face antérieure du cœur, on remarque dans le sillon auriculo-ventriculaire de petites ecchymoses sous-péricardiques. Le péricarde renfermait un peu de sérosité sanguinolente.

L'utérus est normal, peu volumineux; l'ovaire gauche, du volume d'une noix, présente de nombreux kystes a contenu séreux et muqueux. L'ovaire droit, offrant les dimensions d'une grosse orange, renferme un kyste dermoïde.

Les reins sont anémiés, présentent des sillons au nombre de 2 ou 3 et de petits kystes, leur capsule se détache difficilement et entraîne avec elle des portions de la substance corticale, ce qui indique de la néphrite interstitielle au début. — Voici la note de leur examen histologique par M. Gilson[1] :

Les reins présentent des lésions qui ont atteint à la fois la portion pyramidale et la portion corticale du rein. Cependant les lésions sont notablement plus avancées au niveau de la portion pyramidale.

Au niveau de la portion pyramidale du rein, on voit les tubes collecteurs séparés par un tissu composé moitié de cellules embryonnaires, moitié de tissu conjonctif déjà adulte. L'épithélium des tubes collecteurs est normal.

Au niveau de la portion corticale du rein, on observe des lésions à la fois du côté du tissu conjonctif et du côté des tubes eux-mêmes.

Parmi les tubes de Henle, il en est plusieurs dont les cellules épithéliales sont recouvertes d'une ou de deux couches de cellules colloïdes. Plusieurs tubes de Henle ont leur lumière complètement oblitérée par des cylindres hyalins. Dans un point on observe même des kystes microscopiques à contenu hyalin. Certains tubes de Henle ainsi que plusieurs tubuli contorti présentent une couleur jaune brun, probablement due à l'imprégnation des cellules épithéliales par du pigment sanguin. La substance corticale examinée au niveau des colonnes de Bertin montre entre les tubes de Henle un tissu conjonctif un peu plus abondant qu'à l'ordinaire. Entre les faisceaux du tissu conjonctif se trouvent interposées des cellules rondes embryonnaires.

L'examen histologique de la tumeur fut fait par M. Gilson et voici la note qui m'a été remise :

[1] Cet examen et celui de la tumeur ont été faits au laboratoire d'histologie du Collège de France, sous la direction de MM. Ranvier et Malassez.

Note sur un cas de tumeur de la rate, enlevée le 13 *décembre* 1881, par M. F. Terrier, à l'hospice de la Salpêtrière, par M. Gilson.

Plusieurs fragments de tumeur de la grosseur de deux centimètres cubes environ sont pris sur les parties profondes et sur les parties périphériques de la tumeur. — Ces fragments subissent un séjour de 24 heures dans l'alcool et un séjour de 24 heures dans une solution concentrée d'acide picrique. Ils sont ensuite placés dans la gomme picriquée et conservés finalement dans l'alcool.

Des coupes sont pratiquées sur ce fragment et après avoir été dégommées pendant 24 heures sont colorées soit par le picro-carmin, soit par le violet de méthylaniline.

Les coupes colorées par le violet de méthylaniline sont colorées uniformément en bleu, sauf les parties remplies de sang, qui se colorent en brun. Cette coloration uniforme, exempte de toute teinte rouge, démontre l'absence de dégénérescence amyloïde du tissu examiné.

La structure du tissu est étudiée sur les coupes colorées au picro-carmin. La capsule que l'on voit sur les parties périphériques présente une structure normale, c'est-à-dire fibres lamineuses serrées, mais elle est notablement plus épaisse que sur une rate normale. De cette capsule fibreuse on voit partir des travées fibreuses pour lesquelles on peut faire la même remarque que pour la capsule elle-même.

Les corpuscules de Malpighi paraissent moins nombreux qu'à l'état normal et sont moins distincts que normalement.

Les vaisseaux sont plus considérables qu'à l'état normal et les artères présentent une tunique musculaire très épaisse. Mais la gaine lymphatique qui entoure ces artères semble considérablement atrophiée.

Les cellules qui composent la pulpe splénique sont difficilement aperçues, masquées par les nombreux globules blancs qui remplissent la préparation. Les globules blancs sont en effet très nombreux dans le réticulum splénique. Ils sont accompagnés de cellules géantes contenant un nombre considérable de noyaux (myéloplaxes). Ces cellules sont très nombreuses et font ressembler la préparation au tissu médulaire des os. Quant aux globules rouges, on n'en observe que les débris, ce qui tient probablement au procédé de conservation adopté, défectueux à ce point de vue.

Nous avons essayé de traiter les coupes par le pinceau; mais nous n'avons pas réussi à débarrasser complètement la préparation des globules blancs qu'elle contenait. Nous avons essayé d'obtenir ce résultat en laissant macérer les coupes pendant 24 heures dans

l'alcool au tiers. Mais le résultat a été insuffisant par ce procédé. Cet insuccès tient-il au mode insuffisant de préparation ou bien à la fragilité du réticulum, ainsi qu'un grand nombre de globules blancs ?

Sauf dans les deux derniers cas, où nous n'avons pu avoir de préparation persistante, les autres coupes ont été conservées dans la glycérine.

Enfin, le pancréas, la veine et l'artère splénique, détachés sur le cadavre, ont été conservés et les vaisseaux ont été injectés au suif.

Or, malgré le volume énorme de la veine, qui, dilatée par l'injection, a plus de 2 centimètres de diamètre, et celui de l'artère, qui atteint 8 à 9 millimètres de diamètre, les ligatures des vaisseaux ont parfaitement résisté ; le sang trouvé dans l'abdomen ne résultait donc pas d'une faute opératoire.

L'issue funeste de l'opération doit être entièrement attribuée à l'état général, à la leucocythémie, bien que celle-ci fût peu accusée. En effet, dans un premier examen, on trouva 1 globule blanc pour 275 rouges; dans un second, fait par notre collègue M. Nepveu, on constate une légère leucocythose, mais c'est tout; dans le troisième examen, fait par M. Malassez, il y a 1 globule blanc pour 253 rouges. En une année environ, la proportion est donc tombée de 1/275 à 1/253.

Or, d'après Ranvier (*Technique*, *p.* 211), il peut y avoir 1 globule blanc pour 350 ou 500 globules rouges. Notre malade était donc très légèrement leucocythémique, dès le premier examen, qui a donné 1 sur 275.

Une conclusion fatale à tirer de ce fait, c'est la non-intervention en cas de leucocythémie, même légère, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur hypertrophique de la rate. Telle est l'opinion de Bryan après avoir opéré deux malades qui moururent d'hémorragie (*Guy'shop Reports*, t. XIII, p. 411), telle est celle plus récente de Herbert Collier, qui relate 16 opérations de splénotomie faites chez des leucocythémiques, et qui toutes entraînèrent la mort, surtout par hémorragie (*The Lancet*, vol. I, p. 219, 1882).

Notons toutefois en terminant que dans un cas Franzolini, chirurgien de l'hôpital d'Udine, aurait le premier enlevé une rate hypertrophiée chez une femme leucocythémique. Non seulement la malade a guéri de l'opération, mais aussi de sa leucémie [1].

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire :
J. CHAMPIONNIÈRE.

[1] F. FRANZOLINI d'UDINE, Della Estirpatione della Milza all'nmo et di un caso operato e guarito, 1 vol., Torino, 1882.

Séance du 18 juin 1884.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. POULET, professeur agrégé au Val-de-Grâce, adresse un mémoire intitulé : *Du traitement de l'adénite cervicale tuberculeuse des soldats;*

3° M. VERNEUIL offre la thèse de M. VERCHÈRE, ancien interne des hôpitaux, *Sur les portes d'entrée de la tuberculose;*

4° M. le Dr DUDON, de Bordeaux, envoie un mémoire intitulé : *De l'hystérectomie vaginale* (commission : MM. VERNEUIL, TERRILLON, TERRIER, rapporteur) ;

5° Une lettre de Mme BOUISSON, annonçant la mort de M. le professeur BOUISSON, doyen honoraire de la faculté de Montpellier, membre correspondant de la Société de chirurgie;

6° M. DEMONS, de Bordeaux, remercie la Société de l'accueil favorable qu'elle a bien voulu faire à son projet de congrès des chirurgiens français ;

7° M. DEMONS adresse, à propos de la communication de M. J. BŒCKEL, un travail intitulé : *De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer*, dont le secrétaire général donne lecture.

MESSIEURS,

Je demande la permission d'entrer dans le débat ouvert à la Société de chirurgie, dans la séance du 4 juin, par la communication de M. Jules Bœckel sur l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin. Aussi bien, M. Verneuil m'y a publiquement convié, et je suis heureux de me rendre à la courtoise invitation de mon savant maître. J'apporterai dans la communication des résultats que nous avons obtenus à Bordeaux toute la franchise, toute la loyauté dont un chirurgien ne doit jamais se départir.

Nous avons fait sept fois l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, pour des cancers confirmés ayant plus ou moins envahi le corps de l'organe.

1er *Cas* (Demons). — Femme de 30 ans. Carcinome du col et d'une portion du corps de l'utérus, datant d'un an. État général grave. Opération le 9 décembre 1882. Péritonite, phlegmatia alba dolens. Guérison. Récidive au bout de 5 mois; la malade vit encore, mais paraît devoir succomber bientôt aux progrès du mal, après 18 mois de survie.

2e *Cas* (Dudon). — Femme de 34 ans. Épithélioma du col et de la partie inférieure du corps de l'utérus, datant de 15 mois environ, avec douleurs vives, hémorragies, amaigrissement. Opération le 6 janvier 1883. Guérison le 2 février. Aujourd'hui, au bout de 18 mois, pas de récidive; état général et état local absolument satisfaisants.

3e *Cas* (Mandillon). — Femme de 35 ans. Carcinome du col et de la partie inférieure du corps de l'utérus, datant d'un an, avec hémorragies très abondantes, anémie profonde, probabilité de mort prochaine. Opération le 22 février 1883. Guérison le 17 mars. Neuf mois de santé parfaite. Au bout de ce temps, récidive. Mort un an et deux jours après l'opération.

4e *Cas* (Dudon). — Femme de 26 ans. Carcinome du col et d'une portion du corps de l'utérus, datant de 14 mois. Opération le 14 avril 1883. Mort de péritonite le 18 avril.

5e *Cas* (Demons). — Femme de 42 ans. Carcinome du col et du tiers inférieur du corps de l'utérus, datant de 15 mois. Opération le 18 juin 1883. Mort de péritonite le 21 juin. (Une éponge avait été malheureusement oubliée dans la cavité péritonéale.)

6e *Cas* (Demons). — Femme de 62 ans. Carcinome de l'utérus tout entier, datant de 2 ans. Opération le 2 juillet 1883. Vagin très étroit, utérus peu mobile, séparation de l'utérus très difficile. Mort de péritonite le 5 juillet.

7e *Cas* (Demons). — Femme de 41 ans. Épithélioma du col commençant à envahir le corps de l'utérus, datant de 11 mois. Opération le 28 février 1884. Guérison complète le 20 mars. Depuis lors, santé parfaite, sans récidive.

Ainsi sur 7 cas il y a eu 3 morts par péritonite; mais, dans l'un de ces cas, la mort est due à une erreur opératoire (éponge oubliée dans l'abdomen). Dans un autre, le vagin étant très étroit et l'utérus peu mobile, l'opération était peu indiquée. Sur les 4 femmes qui ont survécu à l'opération : l'une a eu une récidive 5 mois après; elle vit encore, 18 mois après l'opération; une autre a eu 9 mois de

santé parfaite; elle a succombé à la récidive un an après l'opération. La troisième et la quatrième sont actuellement dans une situation excellente : l'une 4 mois, l'autre 18 mois après l'extirpation de l'utérus.

Certes, cette petite statistique, image assez fidèle de la statistique générale, est loin d'être brillante, et je dis à mon tour : Oui, l'extirpation totale de l'utérus cancéreux ne doit être acceptée qu'avec une extrême réserve. Mais doit-on la proscrire absolument?

Telle est la véritable question qu'il faut poser.

Quatre objections graves ont été faites à la kolpohystérectomie totale dans les cas de cancer : 1° on peut, par une opération moins dangereuse ou par certains pansements, améliorer suffisamment l'état des malades et même en guérir quelques-unes ; 2° l'extirpation de l'utérus est hérissée de difficultés; 3° elle est excessivement grave; 4° elle n'a jamais été suivie d'une guérison définitive ni même d'une amélioration de quelque durée.

A. Il est facile de répondre à l'une des parties de l'objection première, à celle qui met en parallèle l'excision du col avec l'extirpation totale de l'utérus.

En effet, ces deux opérations ont des indications parfaitement distinctes. Si l'ablation du col suffit à détruire largement tout le mal, personne ne songe à monter plus haut. Celui-là serait coupable qui, pouvant se contenter d'une opération relativement bénigne, tenterait une opération infiniment plus sérieuse. Nous possédons même pour les cas intermédiaires l'amputation supra-vaginale du col, dont la mortalité opératoire a été seulement de 12,5 0/0 (8 morts sur 64 opérations) entre les mains de Schrœder. Il resterait cependant à rechercher l'exacte proportion de succès définitifs fournie par ces hystérectomies partielles. Malheureusement, le cancer débute quelquefois dans le corps de l'utérus, et, d'autre part, quand les malades viennent nous consulter, le néoplasme est souvent trop avancé pour rendre possible une extirpation incomplète de l'organe.

Quant aux pansements, aux râclages des fongosités, aux cautérisations, j'admets, sur la foi des éminents chirurgiens qui s'en louent, leur influence favorable sur la situation de certaines patientes. Néanmoins, il me sera permis de faire remarquer que cette manière d'agir, combattue par beaucoup d'autres praticiens, paraît devoir donner un coup de fouet à la marche de l'affection, du moins si l'on consulte le principe généralement admis dans le traitement des tumeurs cancéreuses. D'ailleurs, en mettant les choses au mieux, de combien de mois le terme fatal a-t-il été ainsi retardé?

B. Les difficultés de la kolpohystérectomie ont été singulièrement exagérées par plusieurs de nos collègues. Si l'opération est

nettement indiquée, si l'utérus *seul* est envahi, s'il est parfaitement mobile, la technique opératoire n'a rien qui puisse arrêter un chirurgien. Que dis-je? des médecins (Récamier, Mandillon) l'ont pratiquée avec succès. Non, la séparation de l'utérus et de la vessie n'est pas laborieuse; non, elle n'est pas suivie d'un écoulement de sang considérable; non, la ligature des ligaments larges n'est pas souvent impossible. Les cas semblables à celui de M. J. Bœckel ne constituent pas la règle, mais bien l'exception. La mort par hémorragie est rare, et l'on trouverait difficilement plusieurs autres cas où l'uretère ait été blessé. Les choses changent absolument de face, si les ligaments larges sont intéressés, si l'utérus n'est pas mobile ou l'est très peu : on peut même se voir obligé de laisser l'opération inachevée.

Sans vouloir nier les difficultés de l'opération, ce n'est pas là, pour moi, l'objection capitale, l'argument sans réplique devant lequel il ne reste qu'à s'incliner.

C. La grande gravité de l'opération est indéniable. Toutefois, la statistique s'améliore et deviendra plus satisfaisante encore, quand le manuel opératoire sera perfectionné et quand les indications seront plus exactement suivies. Pour ne citer qu'un exemple, Staude a fait avec succès six opérations consécutives. Au surplus, il convient de ne point oublier que l'extirpation totale est faite seulement sur des malades fatalement voués à la mort, à une mort affreuse et plus ou moins prochaine.

D. Le véritable point noir, le côté absolument faible de l'hystérectomie totale pour les cas de cancer, c'est la récidive. Il est incontestable que cette récidive est excessivement fréquente. Si elle était constante à bref délai, je passerais condamnation. Mais il y a des cas où elle ne s'est montrée qu'un long temps après l'opération (Olshausen, von Teuffel, Schrœder, Staude, etc.). Peut-être pour quelques femmes la guérison est-elle définitive. N'y a-t-il pas là un encouragement sérieux ? N'est-il pas permis d'espérer une certaine proportion de succès durables, quand il s'agit de certaines formes de cancer relativement moins graves que les autres, l'épithélioma végétant, par exemple ? Chose curieuse ! parmi ses adversaires les plus résolus, l'extirpation totale compte des chirurgiens qui se sont plu à relater des cas de guérisons persistantes après des ablations du col pour des cancers dûment constatés. Pourquoi donc, en enlevant le mal plus largement encore, ne serions-nous pas aussi favorisés ?

En terminant, je prends la liberté de faire un rapprochement. Nous enlevons la langue et les amygdales, nous réséquons les maxillaires, nous désarticulons la cuisse, pour des tumeurs cancé-

reuses. Eh bien, je le demande, combien de sujets aussi gravement mutilés résistent à l'opération ou à la récidive ?

Pour moi, je ne suis nullement enthousiaste de l'extirpation totale des utérus cancéreux. Mais quand je rencontre l'opérée de M. Dudon, quand je la vois travaillant comme autrefois, joyeuse de vivre, n'éprouvant plus ni souffrance ni incommodité, j'ai peine à croire que l'opération qui l'a sauvée doive être à jamais proscrite.

Rapport

Conicité physiologique du moignon.

M. Verneuil fait un rapport oral sur un travail de M. le Dr Kirmisson, chirurgien du Bureau central et agrégé de la Faculté, intitulé : *De la conicité physiologique du moignon.*

Après avoir résumé l'intéressante observation qui fait l'objet de cette note, indiqué l'opération mise en usage, montré les résultats avant et après sur des moulages en plâtre du moignon, enfin rappelé la pathogénie de cette variété, M. Verneuil propose les conclusions suivantes :

1° Insérer au Bulletin le travail de M. Kirmisson ;

2° Adresser des remerciements à l'auteur et l'inscrire en bon rang sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

Conicité du moignon chez un jeune homme de 20 ans amputé de la jambe droite à l'âge de 4 ans, par E. Kirmisson.

Le malade qui fait l'objet de la présente communication offre un type de ce que M. Verneuil appelle la *conicité physiologique*[1]. C'est un jeune homme de 20 ans, qui, vers l'âge de 4 ans, s'étant piqué au talon avec une épine, fut atteint de gangrène du membre inférieur droit. L'amputation fut jugée nécessaire et pratiquée au tiers inférieur du membre. 40 jours après, le petit malade sortait de l'hôpital, non complètement guéri, mais marchant avec des béquilles. Ce n'est qu'à l'âge de 7 ans qu'il eut un premier appareil prothétique, consistant en une botte de cuir, qui ne montait pas au-dessus du genou, et dans laquelle l'extrémité du moignon n'appuyait pas. De 7 à 10 ans, il put, avec cette botte, courir et jouer sans la moindre douleur.

A cette époque, le moignon devint douloureux, et prit la forme conique qu'il a maintenant. A 14 ans, le sommet du cône s'ulcéra, et suppura pendant tout un hiver. Souvent, quand le malade se fatiguait, le moignon augmentait de volume, rougissait et devenait

[1] Verneuil, *Mémoires de chirurgie*, t. II, p. 830.

le siège de douleurs vives, surtout à la chaleur. A 18 ans, tout travail d'accroissement cessa dans le moignon, mais les douleurs persistèrent et devinrent même plus vives, depuis que l'appareil primitif a été remplacé par une jambe artificielle qui prend son point d'appui sur la cuisse.

On constate aujourd'hui que le moignon, dans son ensemble, ne présente pas la forme conique. Jusqu'à un certain niveau, il est au contraire bien conformé, arrondi ; les parties molles sont mobiles sur les os sous-jacents. Mais, du centre de ce moignon, on voit émerger une saillie longue de 2 centimètres environ, séparée par un sillon transversal en deux tubérosités dont la postérieure est la plus volumineuse et la plus longue. Il est difficile de déterminer ce qui, dans ces deux mamelons osseux, appartient au tibia et au péroné ; il est probable qu'à ce niveau les deux os sont fusionnés. La peau qui recouvre la saillie osseuse, lisse et amincie, présente l'aspect cicatriciel. Elle est d'une sensibilité excessive, et le malade retire vivement son moignon au moindre attouchement. Les poils y sont très développés, et cette peau se recouvre d'une sueur abondante au bout d'un instant d'examen. Il en serait souvent ainsi, paraît-il, pendant la marche. Il existe au côté externe du moignon, à 7 centimètres environ de son extrémité libre, une cicatrice étoilée, qui est le siège d'une sensibilité vive, et qui semble un vestige de l'incision du chirurgien.

Deux fois déjà la Société de chirurgie s'est occupée de ce sujet. La première fois, ce fut dans la séance du 2 mars 1853 [1], à propos d'une présentation de Denonvilliers. Ce chirurgien montra à la Société un garçon de 17 ans, ayant subi 10 ans 1/2 auparavant l'amputation du bras droit à la partie moyenne. Mais ce cas ne rentre évidemment pas dans ceux dont nous nous occupons ici ; car, ajoute le présentateur, aussitôt après l'opération, les parents virent l'os faire saillie au delà des chairs. Il s'agissait donc d'une conicité primitive du moignon, due à une faute opératoire, et non d'un allongement physiologique sous l'influence des progrès de l'âge.

Toutefois, à ce propos, Guersant demanda si la saillie considérable de l'os, tout en étant due en partie à la manière dont l'amputation avait été pratiquée, n'appartiendrait pas pour une part considérable à l'allongement physiologique de l'os. « J'ai eu, dit-il, l'occasion de pratiquer l'amputation du bras à un jeune enfant. Les suites furent on ne peut plus heureuses. L'os restait parfaitement enfermé dans les chairs ; et, 4 ans après, on me ramenait le jeune opéré présentant un moignon semblable à celui que M. Denon-

[1] *Bulletin de la Soc. de chirur.*, 1re série, t. III, p. 420, 1852-1853.

villiers vient de nous présenter. Les parents disaient avoir vu grandir l'os peu à peu. »

La question fut reprise pour la seconde fois, dans la séance du 27 avril 1859, à propos d'une communication de Chassaignac sur une résection de l'extrémité inférieure du fémur nécrosé à la suite d'une amputation [1]. A ce propos, M. Marjolin insiste sur l'allongement de l'os après les amputations.

Sur un jeune amputé de jambe, il a vu le péroné, après un certain temps, subir un tel allongement, que son extrémité dépassait de 5 centimètres l'extrémité du tibia.

Broca croit à cet allongement que signale M. Marjolin : « Sur une pièce que je possède, dit-il, on peut voir cette même disproportion entre le péroné et le tibia. »

Bouvier pense que cet allongement après l'amputation est tout à fait digne de fixer l'attention ; il faut en tenir grand compte surtout chez les enfants, et tailler le lambeau en conséquence. M. Guersant, dit-il, a vu assez souvent se produire cette particularité pour en avoir été frappé.

M. Marjolin insiste dans le même sens.

Comme je l'ai dit en commençant, mon maître M. Verneuil, dans ses mémoires, s'occupe de cette question ; il reproduit en partie les discussions de la Société de chirurgie, rapporte deux faits qu'il a pu observer parmi bien d'autres, et propose pour cette déformation le nom de conicité physiologique du moignon.

S'appuyant sur les travaux d'Ollier, il en donne l'interprétation : On sait que les deux épiphyses d'un os ne prennent pas une part égale à son accroissement. Au membre supérieur, c'est l'épiphyse supérieure de l'humérus qui fournit surtout à l'augmentation de l'os en longueur. Au membre inférieur, ce sont les épiphyses voisines du genou qui servent surtout au développement osseux. Ainsi se trouve expliquée cette particularité clinique, que c'est surtout dans les amputations du bras et de la jambe que se montre la conicité physiologique du moignon, les épiphyses les plus actives pour l'accroissement de l'os en longueur s'y trouvant conservées.

Les détails que j'ai donnés sur mon malade ne permettent pas de douter que nous n'ayons affaire à cette variété. En effet, pendant six années, de 4 à 10 ans, ce jeune homme s'est parfaitement servi de son membre, sans éprouver aucune douleur, ce qui n'aurait pas eu lieu si la déformation était due, soit au défaut des

[1] *Bulletin de la Soc. de chirur.*, 1re série, t. IX, p. 449, séance du 27 avril 1859.

parties molles, soit à une inflammation du moignon succédant à l'amputation.

Il est toutefois, dans le cas qui nous occupe, une particularité digne d'intérêt; c'est l'existence d'une sensibilité très vive. Dans la conicité physiologique le membre est habituellement indolent; c'est ce qui existait dans les deux faits rapportés par M. Verneuil. Bien que nous ne sentions pas ici de névrome manifeste, il est probable que les nerfs sont adhérents à la cicatrice, et que telle est la cause des douleurs.

Au point de vue thérapeutique, la conicité physiologique du moignon donne lieu à deux ordres. Tout d'abord il faut faire en sorte de l'éviter; puis, quand elle s'est produite, il faut parer à ses inconvénients.

La première conclusion à tirer de l'existence de ce fait, c'est d'éviter, autant que possible, les amputations chez les enfants. On sait combien leur âge se prête à la chirurgie conservatrice; les ressources qu'il nous offre seront encore aidées par les nouvelles méthodes de pansement.

Si nous sommes forcés d'intervenir, ici plus encore que chez l'adulte, il nous faudra tailler des lambeaux trop grands en apparence, qui, après cicatrisation, ne seront que suffisants.

Enfin, par tous les moyens possibles, nous devrons chercher la réunion immédiate; et c'est là l'une des conséquences les plus importantes de cette étude. Si, en effet, l'os n'est pas adhérent à la cicatrice, il pourra, en augmentant de longueur, attirer peu à peu la peau des parties voisines, qui lui fournira toujours une enveloppe suffisante. Si, au contraire, la cicatrice est adhérente à l'os, quand ce dernier s'allongera, forcément la cicatrice sera distendue, elle s'amincira et finira par s'ulcérer. Ainsi tombe l'objection faite par Denonvilliers, dans la discussion déjà citée, à la pathogénie de la conicité physiologique du moignon. Si l'os grandit, disait ce chirurgien, les parties molles grandissent aussi dans la même proportion. Mais, je le répète, si la cicatrice est adhérente à l'os, les parties molles ne pourront se laisser distendre, et, tôt ou tard, la cicatrice s'ulcérera. D'où l'importance de la réunion immédiate dans les amputations du jeune âge, pour éviter les inconvénients inhérents à la conicité physiologique du moignon.

Quand la déformation s'est produite, si elle ne s'accompagne pas de douleurs, il faut se contenter de faire porter au malade des appareils dans lesquels le sommet du cône ne supporte pas de pression. Si le moignon conique est douloureux, il faut intervenir, réséquer les extrémités osseuses saillantes, et surtout se préoccuper des extrémités terminales des nerfs pour en pratiquer la résection.

C'est ce que nous avons fait chez le malade dont nous rapportons ici l'observation. Dès le lendemain du jour où le malade avait été présenté à la Société de chirurgie, le 5 octobre 1882, je pratiquai l'opération suivante : Le malade étant endormi, je fis sur la face antérieure et sur la face postérieure du moignon, en suivant exactement les contours de la cicatrice, une incision courbe à convexité inférieure, de façon à circonscrire deux lambeaux antérieur et postérieur de dix centimètres de hauteur environ. Je sacrifiai la peau mince et adhérente qui recouvrait les deux mamelons terminaux du moignon ; car, après dissection, elle n'aurait eu, je crois, qu'une faible vitalité.

Je disséquai ensuite mes lambeaux par leur face profonde, en ayant soin de suivre aussi exactement que possible le contour des os, et en détachant le périoste avec la rugine ; puis je sectionnai le péroné et le tibia à 10 centimètres au-dessus de leur extrémité libre.

Toute cette partie de l'opération s'accomplit sans la moindre difficulté. Il n'en fut pas de même de la résection du nerf tibial postérieur. Intimement fusionné avec le tissu cicatriciel, le nerf n'était plus visible ; je dus le chercher plus haut, dans un point où il n'était pas encore englobé dans le tissu de cicatrice. Après l'avoir saisi avec des pinces, je le sectionnai, puis le disséquai de haut en bas. Il portait à son extrémité terminale un névrome assez volumineux. Une autre circonstance rendit encore longue et difficile cette partie de l'opération. La douleur éprouvée par le malade était telle qu'à chaque fois que la dissection portait sur le nerf ou seulement dans son voisinage, le moignon était pris de spasmes violents, et l'aide était impuissant à le maintenir. Toute dissection devenait alors impossible, et force était d'attendre.

Grâce à la précaution que j'avais prise de suivre exactement le contour des os, aucune ligature d'artère ne fut nécessaire. La suture avec fil d'argent, le drainage et le pansage de Lister terminèrent l'opération.

Comme nous l'avions supposé pendant l'examen clinique, les deux mamelons représentant les extrémités du péroné et du tibia étaient intimement fusionnés. L'examen histologique des os réséqués eût été d'un grand intérêt. Il eût permis de reconnaître si, dans l'extrémité terminale des os, les canaux de Havers avaient la direction verticale propre aux os longs, ou bien si leur direction irrégulière devait les faire considérer comme des masses osseuses juxtaposées, comme de véritables exortoses sans texture régulière. J'avais, dans ce but, confié les os réséqués à un histologiste ; mais, malgré tous mes efforts, je n'ai pu en avoir de nouvelles.

Malgré l'emploi de la méthode de Lister, la réunion par première intention ne fut point obtenue; la suppuration survint, et j'appris même que M. Lefort, qui avait repris son service au commencement de novembre, avait dû ouvrir un abcès dans le voisinage du moignon; néanmoins, vers la fin de décembre, le malade put être envoyé en convalescence. A sa sortie de Vincennes, 23 janvier 1883, je l'ai revu. Il peut être considéré comme guéri. Son moignon est complètement cicatrisé, bien conformé, et nullement douloureux. Le malade peut s'appuyer dessus.

. . . .

Dernièrement, j'ai pu recueillir dans le service de M. Verneuil un nouvel exemple de conicité physiologique du moignon. Il s'agit d'un homme de 52 ans, qui, à l'âge de 19 ans, en 1851, a été amputé de la cuisse gauche pour une tumeur blanche du genou. Une amputation circulaire a été pratiquée au tiers inférieur de la cuisse par Sir William Lauwence. Or, on observe aujourd'hui, à la partie moyenne de la cicatrice, un petit mamelon osseux du volume d'une noisette, qui est surajouté à l'extrémité de l'os. Ici, la conicité physiologique du moignon est fort peu de chose, ce qui tient, d'une part, à l'âge déjà avancé du sujet au moment où il a subi l'amputation, et, d'autre part, à ce que le cartilage épiphysaire inférieur du fémur, qui fournit surtout au développement de l'os en longueur, a été supprimé.

Discussion.

M. Farabeuf. J'ai vu, avant qu'il n'ai été opéré, le moignon présenté par M. Kirmisson, et j'ai été frappé de ce fait, que la peau qui le recouvrait n'était tendue que sur sa partie terminale. Dans le reste du membre, cette peau avait conservé sa souplesse, sa mobilité, son élasticité normale. Seuls, les tissus avoisinant immédiatement la cicatrice avaient subi une distension considérable; les tissus placés au-dessus ne différaient en rien de ce que l'on voit d'habitude à l'extrémité des moignons que nous observons chaque jour.

J'ai eu soin de mesurer la distance qui séparait les bulbes pileux les uns des autres, et je n'ai trouvé aucune différence entre le côté malade et le côté sain.

J'ai été étonné de cette particularité; contrairement à ce que l'on observe d'habitude, la peau du moignon n'avait pas été mise à contribution pendant l'allongement de l'os. J'en ai recherché l'explication, et sans rejeter celle qui a été donnée par M. Verneuil, je crois que l'on pourrait également admettre la suivante :

La réunion par première intention, que tous les chirurgiens recherchent avec tant de soin, a certainement de grands avantages

immédiats; mais elle a, par contre, une conséquence éloignée qui n'est pas sans inconvénients. La réunion de la peau ne s'accompagne pas, en effet, d'une réunion aussi solide des parties profondes, des muscles en particulier; aussi ceux-ci ayant leurs extrémités libres, se rétractent-ils peu à peu, laissant au bout du moignon une extrémité osseuse recouverte d'un manchon exclusivement cutané ou à peu près.

M. Trélat. Je ne partage pas l'opinion de M. Farabeuf au sujet de la réunion des plaies d'amputation. Quand on obtient la réunion primitive régulière des lambeaux, les parties profondes doivent se réunir les premières; s'il en était autrement, si la peau se réunissait indépendamment des muscles, il en résulterait des ponts cutanés, recouvrant des clapiers profonds, dont l'inconvénient serait tel que le mieux serait encore de désunir les parties réunies. Les choses sont tout autres lorsque, les parties profondes étant réunies, les parties superficielles restent séparées dans une petite étendue. C'est là une complication sans importance.

Dans ces conditions, j'estime que la conicité des moignons des adultes amputés dans leur jeune âge n'est pas due, comme le croit M. Farabeuf, à la contraction des muscles coupés et non cicatrisés, mais bien, comme le dit M. Verneuil, à la croissance exagérée de l'os.

Je pense, cependant, que l'on peut admettre également que les amputations qui ont donné lieu à de semblables moignons, ayant été pratiquées il y a longtemps, elles ont pu être faites de la manière la plus convenable, mais elles n'ont certainement pas été pansées de manière à obtenir la réunion primitive. Dans ces conditions, la cicatrice a pu adhérer fortement à l'os, et c'est à cette adhérence qu'il faut attribuer le développement vicieux du moignon. Nul doute que dans l'avenir, grâce à nos nouvelles méthodes de pansement, la guérison des amputations devenant de plus en plus régulière, la conicité des moignons deviendra de plus en plus rare.

M. Berger. La conicité des moignons de l'adulte peut encore reconnaître une autre cause que celles qui viennent d'être invoquées : elle peut être due à la production d'ostéophytes qui, dans l'espace de quelques mois, se développent à la face profonde du périoste, et font ensuite, à l'extrémité de l'os sectionné, une saillie sur laquelle s'applique la cicatrice; de là résulte une conicité spéciale du moignon. J'ai vu un cas de ce genre.

Il s'agissait d'un jeune homme qui avait eu une gangrène spontanée du pied dont il nous a été impossible de reconnaître l'origine. Je laissai l'escarre se limiter, les parties molles se dé-

tacher, et j'amputai l'os au-dessus, en ayant soin de décoller le périoste dans une certaine étendue. La cicatrisation s'effectua régulièrement, mais au bout de quelques semaines il se forma à l'extrémité de l'os une ostéophyte énorme qui l'allongea de 4 à 5 centimètres. Pour remédier à cet état de choses, non seulement je réséquai l'ostéophyte exubérante, mais encore j'enlevai le périoste de manière à ne pas avoir de reproduction osseuse ultérieure. Le malade guérit avec un bon moignon.

Les allongements de ce genre, produits par une sorte d'hypérostose, sont bien différents, au point de vue pathogénique, des allongements purement physiologiques, mais le résultat morphologique est le même.

M. Farabeuf. La conicité des moignons en général n'est pas en discussion, il s'agit seulement des conicités physiologiques, et c'est seulement pour celles-là que je me demande si la réunion trop rapide des parties molles n'a pas pour conséquence une cicatrisation imparfaite des muscles des lambeaux, leur rétraction consécutive et par conséquent la formation d'un moignon à manche comme celui dont il est question ici.

Quoi qu'il en soit, la possibilité d'obtenir de semblables moignons à la suite des amputations pratiquées sur les enfants doit engager les chirurgiens à conserver une énorme quantité de parties molles, inversement proportionnelles à l'âge de l'enfant. On ne doit pas oublier en effet qu'un enfant de quatre ou cinq ans amputé de la cuisse, à son tiers inférieur, par exemple, conserve une portion de fémur qui par suite s'allongera d'environ 10 centimètres.

M. Polaillon. Pour remédier à l'inconvénient signalé par M. Farabeuf, il est bon de faire une suture profonde des lambeaux passant au-dessous de l'os amputé et comprenant les extrémités des muscles sectionnés.

En ce qui concerne la conicité des lambeaux, je crois que nous ne connaissons pas exactement toutes les causes qui sont capables de la déterminer.

Tout dernièrement j'amputai de la cuisse, et par la méthode ovalaire, une femme de soixante ans. Les lambeaux étaient très larges, la réunion fut immédiate, et cependant par la suite l'os est venu peu à peu faire saillie à l'extrémité du moignon. Je crois que, dans ce cas, on doit faire jouer un rôle considérable à l'émaciation extrême de ce moignon.

M. Verneuil. Je crois que la conicité des moignons n'a rien à

faire ni avec la longueur des lambeaux, ni avec leur mode de réunion médiate ou immédiate.

Personnellement, je ne recherche pas la réunion immédiate de mes plaies d'amputation, et cependant j'obtiens des moignons exempts de conicité. Je me rappelle même une femme chez laquelle le fémur est venu traverser le lambeau antérieur et dont la plaie d'amputation avait cependant guéri par réunion immédiate.

Les moignons coniques s'observent, quelle qu'ait été la méthode employée, chez les cachectiques à la suite de l'atrophie des parties molles, ou bien encore chez les malades dont les moignons s'enflamment. Le rôle des muscles me paraît bien accessoire, puisque dans les amputations de jambe par la méthode circulaire, alors que les parties molles sont exclusivement constituées par un manchon cutané, sans aucune fibre musculaire, on obtient ni plus ni moins de moignons coniques que dans les autres amputations.

M. Trélat. C'est précisément parce que la réunion immédiate évite l'inflammation du moignon, que, plus que tout autre, elle prévient la conicité des moignons.

Traitement des fistules vésico-vaginales, méthode de Bozemann, par le professeur Herrgott (de Nancy).

Dans la nouvelle série d'opérations de fistules vésico-vaginales opérées dans les huit dernières années, que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société de chirurgie, nous avons plusieurs fois appliqué la méthode opératoire de Bozemann ; ces moyens d'action et ces modifications opératoires n'étaient pas connus lorsque nous avons publié notre travail sur le *Traitement des fistules vésico-vaginales*, auquel la Société de chirurgie a accordé l'honneur de l'insertion dans ses mémoires [1].

Nous avons trouvé des avantages si sérieux dans l'application des préceptes du chirurgien américain, que nous croyons devoir les décrire avant de rapporter nos observations, ce sera un supplément à notre travail et, dans certains points, une rectification de quelques préceptes. Faut-il le déplorer ou en rougir ? loin de là. L'art est soumis à d'incessantes transformations, les préceptes qu'il formule ne sont valables que jusqu'au nouveau progrès qui imposera de les modifier, heureuse la partie de l'art qui subit de semblables transformations.

[1] *Mémoires Soc. chir.*, t. VII, p. 483, 1874.

Dans notre travail de 1874, nous avions insisté beaucoup sur la *mise à nu de la fistule* comme première condition de l'opération, montré les avantages que donne la situation que nous avions appelée *pelvi dorsale inclinée*, et l'emploi d'un *spéculum univalve* déprimant largement et énergiquement la paroi vaginale postérieure pour étaler devant soi la paroi vaginale antérieure, siège de la lésion; nous disions que nous ne rejetions point systématiquement d'autres positions ni d'autres instruments, si des circonstances spéciales l'exigeaient. Ces circonstances s'étant présentées dans plusieurs cas nouveaux, nous devons dire les avantages que nous en avons obtenus. Dans un voyage fait en Europe, Bozemann a trouvé à Vienne l'occasion de faire une application très large de sa méthode opératoire ; dans une lettre sur l'enseignement obstétrical de Vienne, adressée par le Dr A. Herrgott au rédacteur des *Annales de gynécologie* [1], les succès de la méthode de Bozemann sont mentionnés; mais ce sont les deux assistants des cliniques obstétricales, MM. les Drs Bandl et Pawlik qui se sont chargés de faire connaître la méthode : le premier, dans la *Wiener medizinische wochenschrift* [2]; le second, dans la *Zeitschrift für Geburtskunde* [3].

Je n'ai pas eu connaissance de la publication de ces travaux en France, il nous paraît utile de faire connaître la méthode de Bozemann dans ce qu'elle a de nouveau, d'essentiel et d'utile.

« Malgré les publications de Bozemann et de Bandl sur la méthode préparatoire de l'opération des fistules et les résultats éclatants qui ont été obtenus, dit Pawlik, en 1882 [4], cette méthode est restée peu répandue et mal appréciée... Il est possible qu'il existe des fistules où la méthode opératoire ne réussit pas; je n'en ai jamais vu personnellement et je n'ai pas entendu dire par d'autres qui ont employé cette méthode qu'il en existât...

« Étonnants sont les résultats auxquels on arrive. Des fistules qui, à première vue, paraissaient inopérables sont améliorées peu à peu et préparées à la guérison. A la méthode préparatoire incombe la tâche d'éloigner tout ce qui peut faire échouer l'opération. En première ligne se place *la dureté cicatricielle des tissus*, qui empêche l'extensibilité du vagin, et par ce fait la connaissance exacte du rapport des parties, l'action des instruments pour obtenir des surfaces susceptibles de réunion par première intention, qui

[1] *Annales de gynécologie*, t. VI, p. 373 et suiv., 1876.

[2] *Wien. med. wochensc.*, 1875, nos 49 et 59.

[3] *Zeitschr. für Geburtskunde*, t. VIII, p. 22, 1882.

[4] *Loc. cit.*, p. 22.

empêche surtout la *mobilisation des bords*, ce qui ne permet pas le rapprochement facile de ceux-ci, condition absolument indispensable à la guérison; car quand ceux-ci restent dans un état de tension, la réunion des tissus en contact peut bien se faire pendant que la suture la maintient, mais elle prépare et effectue promptement la déchirure du tissu cicatriciel nouveau, quand les sutures sont enlevées. »

Ce sont là les règles générales applicables à toute opération plastique, dont nous avons pu apprécier la justesse par des succès et un revers, comme on le verra plus loin; il s'agit de savoir par quels moyens on réalise ces conditions si favorables au succès.

On sait que les tissus normaux du canal vaginal sont très extensibles, sa fonction exige cette propriété physiologique; on sait aussi que le tissu fibreux cicatriciel, si dur en apparence, n'a pas une aussi grande résistance que le tissu normal; il s'agit donc de rétablir, en partie du moins, l'extensibilité perdue ou diminuée dans ce qui reste des parois du vagin, et d'étendre ou de couper au besoin les brides cicatricielles du vagin; c'est ce que Bozemann et ceux qui ont suivi ses préceptes ont obtenu de la façon suivante :

Il faut d'abord faire disparaître ce qui est le résultat de l'incontinence d'urine : l'état d'irritation chronique du vagin, de la vulve et des parties circonvoisines constamment baignées par un liquide irritant, d'enlever ou de faire disparaître les concrétions calcaires dont les parties sont plus ou moins chargées et qui répandent une odeur repoussante.

A cet effet, des bains de siège chauds, d'une demi-heure, pris matin et soir, rendent d'importants services; on y ajoute des lotions d'eau chaude pratiquées dans les intervalles, et on touche les parties excoriées avec une solution de nitrate d'argent au 1/10. Quand ce traitement préliminaire aura été appliqué pendant quelques jours, les parties génitales et celles du voisinage auront repris un état voisin de l'état normal, et, en tout cas, la malade sera affranchie d'une partie notable de ses souffrances. Les organes génitaux pourront être touchés et explorés sans difficulté et sans résistance du côté de la malade.

A ce moment, on pourra bien mieux reconnaître l'étendue des désordres, le nombre et la direction des brides, si elles existent, et apprécier leur résistance à une dilatation nécessaire, ou l'obstacle qu'elles créent à une action chirurgicale régulière.

Quand ces brides et le tissu sain du canal vaginal auront pu avoir été examinés à l'entrée du vagin d'abord, il s'agit de les *inciser* là où elles résistent le plus, et où elles ne permettent pas l'examen des parties plus profondes, et de *maintenir écartés les*

bords de l'incision, qui ne tarderaient pas à se réunir de nouveau avec une rapidité surprenante.

Avant de procéder à cette opération, il sera nécessaire de donner à la malade un bain chaud pour assouplir le plus possible les parties, le bain de siège chaud joue dans tout ce traitement préparatoire un rôle important.

C'est dans la région pubienne, dit Pawlik [1], qu'il faut agir avec le plus de prudence et de précautions, une incision faite sans précaution pourrait faire perdre des tissus précieux qui auraient pu être utilisés ; dans cette région, la perte de substance s'étend parfois jusqu'à l'os, et ce qui est à utiliser pour la réunion reste très étroit. Notre observation VIII montre un exemple de ces pertes de substance et de la justesse des préceptes qui sont donnés ici. Un craquement particulier ressenti par la main qui sectionne, et parfois entendu, indique l'étendue qu'il faut donner à l'incision de la bride; on est obligé parfois de faire plusieurs incisions sur la même bride pour en obtenir le relâchement complet; le tissu cicatriciel saigne peu, comme on sait, tandis que le tissu sain, très vasculaire, saigne beaucoup; cette particularité peut être un indice pour l'action du bistouri; le bain chaud préalable dont il a été question plus haut augmente ces propriétés physiologiques des tissus.

Chaque incision sera badigeonnée avec la solution de nitrate d'argent dont il a été parlé plus haut, afin de couvrir les bords de la section d'une légère escarre qui s'opposera à une réunion immédiate ; puis on introduira dans le vagin ainsi dilaté une des boules rondes ou ovales, en caoutchouc durci, de Bozemann. Nous avons demandé à Vienne, chez Leiter, toute la collection de boules rondes et ovales fabriquées sous la direction du chirurgien américain, ainsi que la table pour assujettir la femme dans la situation genupectorale dont il sera question plus loin. C'est d'après les indications contenues dans le travail de Bandl que nous nous sommes procuré ces appareils.

L'introduction de ces boules ne doit exiger aucun effort; elles ne doivent que maintenir les parois vaginales et les brides dans le degré d'écartement obtenu par les incisions. Elles ne doivent rester en place que pendant deux heures, ne point causer de douleur. Quand on a successivement élargi et assoupli le vagin, de façon à avoir pu en explorer toutes les anfractuosités, on s'assure que les bords de la fistule, d'où sort la substance, peuvent être rapprochés sans effort; c'est là la chose principale, on peut dire le but essentiel de ce traitement préparatoire; c'est la condition du succès de l'opération qui devra être pratiquée. Plusieurs circonstances

[1] *Zeitschr. für Geburtskunde*, t. VIII, p. 22.

peuvent s'y opposer : la rigidité des parties dont il vient d'être parlé et contre laquelle a été dirigé le traitement préparatoire, l'exiguïté des tissus restants, qui n'offrent pas assez de surface pour une réunion ; enfin le peu de mobilité de l'utérus, qui devra pouvoir être déplacé de haut en bas pour combler la perte de substance. Cette immobilité relative peut être due à des processus paramétriques terminés ou encore en activité inflammatoire; dans ce cas, toute tentative de dislocation utérine est douloureuse et impose au chirurgien la plus grande réserve ; car une paramétrite réveillée, non seulement s'opposerait au succès d'une opération plastique, mais pourrait devenir la cause de désordres de la plus haute gravité; il y aurait donc à instituer un traitement résolutif préalable jusqu'à ce que cette complication ait pu avoir été écartée. Pour constater la laxité des parties et le degré de rapprochement qu'elle permet, on saisira le bord supérieur de la fistule avec un ou deux petits crochets, ou mieux avec une petite pince à griffe, on exercera sur lui de légères tractions pour l'amener vers le bord inférieur; s'ils parviennent, non seulement à se toucher, mais à se couvrir un peu sans grand effort, le but du traitement préparatoire est atteint et les bords ainsi mobiles et mobilisés sont prêts à être réunis. Quand pendant ces tractions on voit se soulever encore quelques brides qui jusque-là n'avaient pas été aperçues, il faudra les inciser ; le tout comme cela a été dit plus haut, et avec les mêmes précautions. Si l'utérus est maintenu à une certaine hauteur par des brides paramétriques anciennes, celles-ci peuvent être allongées successivement par des tractions soutenues, qui devront toujours être précédées d'un bain de siège chaud, qui rend les parties plus extensibles.

Dans le travail de Pawlik [1], il est question des précautions à prendre pour bien reconnaître les uretères qui peuvent avoir été compromis dans la perte de substance ; comme nous n'avons aucune expérience personnelle de cette particularité, nous transcrivons textuellement quelques passages de ce travail important.

« Les rétractions cicatricielles déterminent dans les parties molles de telles dislocations, qu'on n'est jamais certain de ne pas saisir un des uretères dans la suture, et *on ne peut évaluer la grandeur de la perte de substance d'après la dimension actuelle de la fistule*... Depuis que mon attention a été appelée sur ce sujet, j'ai vu *dans tous les cas un uretère sur deux s'ouvrir dans le bord de la fistule ou dans son voisinage.* Si on ne prend pas garde à ces dispositions, on suture l'orifice de l'uretère dans la fistule, ou bien

[1] *Zeitschr. für Geburtskunde*, t. VIII, p. 27.

un des points de la suture croise le trajet du canal et le ferme. Ces circonstances sont la cause habituelle de l'insuccès de l'opération. L'uretère se dilate par l'urine, les femmes éprouvent des douleurs dont le siège et le trajet correspondent également à celui de ce canal ; elles éprouvent des coliques, la température s'élève, elles ont des maux de tête et les suites ordinaires de rétentions d'urine. Ces phénomènes menaçants d'urémie imposent d'ouvrir la suture. Quelquefois l'urine trouve son écoulement à travers les bords de la suture et la guérison est empêchée...

« Pour explorer les bords et le voisinage de la fistule, dans le but de reconnaître l'orifice des uretères, voici comment je procède maintenant : Comme j'avais remarqué que dans les hernies de la vessie la muqueuse tout entière de cet organe pouvait faire saillie dans le vagin, *j'ai pensé imiter en petit le procédé de la nature;* à cet effet, partant du bord de la fistule, j'attire dans celle-ci successivement une partie de la vessie, en la saisissant avec des crochets, pour la soumettre à une inspection minutieuse. Deux crochets sont nécessaires, un pour chaque main. On attire ainsi une partie, on l'inspecte, on plante le crochet plus haut, la partie saisie se renverse, et on peut explorer ainsi le pourtour de la fistule. Il faut aussi accorder une attention sérieuse au soi-disant *ectropion de la vessie.* On parvient à le voir facilement, en engageant la femme à pousser ; cet effort produit un renversement de la vessie. J'ai toujours trouvé l'ectropion sur le bord supérieur de la fistule, entre les deux uretères, et nous croyons qu'entre lui et ceux-ci il y a quelques rapports. L'ectropion constitue souvent une ou plusieurs tumeurs assez grosses, colorées en rouge foncé, sensibles au toucher, et traversées par de nombreux sillons. Il faut les faire disparaître avant l'opération, car on ne peut les utiliser pour l'avivement en raison de la laxité et de l'état œdémateux des tissus. On éprouve quelquefois de grandes difficultés à les faire disparaître. Les irrigations avec de l'eau chaude rendent de grands services. Après chacune on voit la rougeur diminuer d'intensité, les tissus blanchir peu à peu sous l'influence de la rétraction des vaisseaux. Les incisions ont une action rapide, mais elles causent des écoulements sanguins abondants ; on les arrête avec des applications de coton imbibé de perchlorure de fer. Dans un cas j'ai enlevé l'ectropion en une seule fois, et j'ai arrêté l'écoulement sanguin avec du coton au perchlorure. Des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent peuvent contribuer à le diminuer.

« Je considère la fistule comme bonne pour l'opération, quand le vagin se gonfle librement en ballon lors de l'introduction du rétracteur du périnée, la femme étant dans la position sur les coudes et les genoux; quand on ne voit plus, ou qu'on ne sent plus de

brides cicatricielles ; quand le col, c'est-à-dire le bord supérieur de la fistule, peut être amené à recouvrir le bord inférieur de celle-ci ; quand l'angle de la fistule qui siège sur l'os (le pubis) peut être déplacé assez pour qu'après l'avivement il offre une prise solide pour la suture, et quand je puis sonder les deux uretères. »

A l'exemple de Bozemann, il opère toujours la femme étant sur les coudes et les genoux, situation que nous ne donnons à nos opérés qu'exceptionnellement quand elle donne des facilités que la situation pelvi-dorsale inclinée ne donne pas ; nous ne sommes pas exclusifs dans la situation que nous donnons aux malades pour les opérer. La situation pelvi-dorsale inclinée et notre spéculum univalve mettent à nu d'une façon si claire et si nette le champ opératoire, le présentent à l'action des instruments dans un état de tension si favorable, que, quand le résultat n'est pas obtenu, nous essayons la situation genu-pectorale en plaçant la malade sur la table de Bozemann, où elle est maintenue immobile ; plusieurs fois nous y avons trouvé un avantage considérable. Dans l'observation 8, l'avantage de la situation genu-pectorale a été manifeste ; la fistule a pu être mieux vue, mieux appréciée, et est devenue plus facilement accessible au bistouri et aux aiguilles ; seulement il faut se rappeler que celles-ci doivent être passées de bas en haut, la partie antérieure du vagin (partie inférieure dans cette situation) donne plus d'espace pour manœuvrer les aiguilles tubulées ; il faut donc les passer dans le même sens que dans la situation pelvi-dorsale, et se rappeler que la femme est située en sens inverse. Le défaut de pression abdominale, qui, dans la situation genu-pectorale, se trouve réduite à son minimum, la pression atmosphérique, qui agit sur toute la surface vaginale, étale celle-ci d'une façon plus énergique que quand la malade est placée sur le dos, tout dépend donc du siège, de l'étendue de la fistule, et de la manière dont elle se prête à l'action chirurgicale dans l'une ou l'autre de ces situations. Il est donc bon d'examiner les malades successivement dans ces deux positions, afin de bien apprécier la manière dont la fistule se présente dans chacune de ces positions.

Sans une table appropriée comme celle de Bozemann, la position genu-pectorale n'est pas conservée longtemps par les malades ; celles-ci éloignent instinctivement le siège de la main de l'opérateur, les coussins s'affaissent, et la malade se trouve couchée sur le ventre, changements auxquels il faut remédier sans cesse. Nous avions plusieurs fois commencé ainsi une opération difficile, et malgré les avantages réels de la situation genu-pectorale dans ces cas, nous avons dû y renoncer, puisque à chaque instant l'opération était interrompue par la nécessité de remettre la malade en place. La table est donc indispensable pour donner, avec

les avantages de la position dans certains cas, la stabilité, qui ne l'est pas moins dans une opération de précision. Quant au spéculum bi- ou trivalve de Bozemann, nous l'avons essayé plusieurs fois, nous avons été obligé d'y renoncer.

Le tableau que nous joignons à ce travail, fait sur le modèle de celui de notre mémoire inséré dans le tome VII des *Mémoires de la Société de chirurgie,* montre que dans la colonne des *soins consécutifs* il n'y a rien d'inscrit; en effet, nous avons depuis fort longtemps renoncé à la sonde à demeure et au cathétérisme fréquent, pour laisser à la malade le soin d'évacuer elle-même la vessie aussi souvent qu'elle en sentirait le besoin. Cette évacuation à l'état physiologique se produit plutôt par un relâchement de l'appareil de clôture que par une augmentation de la pression du réservoir musculaire; la miction n'exerce pas de tension sur les bords de la suture et n'en cause pas la déchirure; nous en avons obtenu les meilleurs résultats, et opérée et opérateur ont été affranchis de la partie du traitement qui autrefois était la plus pénible et la plus astreignante. Nous pouvons donc hardiment le recommander de nouveau ; le cathétérisme n'intervient que quand la miction ne peut se faire, et il a été rarement nécessaire au delà du premier jour.

Résumé sommaire des dix observations de fistules vésico-vaginales.

Observation I. — F. B..., 35 ans, grande, obèse, dit qu'à la suite de son cinquième accouchement, qui a été long comme les autres et qui s'est terminé spontanément, il lui est resté une incontinence d'urine à dater du 23e jour.

20 *mars* 1877. — Constatation d'une fistule petite située profondément à droite, vagin d'une laxité extrême. Opération le 27 mars. Nécessité d'un spéculum univalve de grande dimension. Insuccès.

2e opération. 15 *mai* 1877. — Réunion longitudinale suivant la direction d'un pli vaginal. On croit la malade guérie. Le 28 mai, on constate qu'il ne s'est pas fait de réunion et que l'insuccès est complet.

3e opération. 2 *août* 1877. — Succès douteux, car, dans quelques jours, elle perd de nouveau de l'urine. Pendant toute une journée, elle n'en avait pas perdu pendant qu'elle parcourait la ville. N'a plus été revue.

Obs. II. — D. M..., 23 ans, entre au service le 9 décembre 1879. Elle était accouchée le 4 janvier. Craniotomie. Forceps. *Fistule petite.* Traitée par des cautérisations sans succès. Opérée le 12 décembre. Succès immédiat.

Obs. III. — Fistule vésico-utéro-vaginale superficielle. Suite d'un accouchement difficile. Entre au service le 30 avril 1879.

La nommée Ch. Delph..., 24 ans, 3e accouchement difficile à cause de la grosseur de l'enfant. La tête serait restée au passage pendant 14 heures. Fistule admettant un doigt. Au-devant du col, hernie de la vessie. Avivement aux dépens de la lèvre antérieure du col. Utilité du spéculum univalve. Opération le 9 mai. Guérison complète.

Obs. IV. — Fistule vésico-vaginale double, une siégeant près du col.

La femme D..., âgée de 38 ans, fut atteinte d'incontinence d'urine à la suite du 9e accouchement, qui dura 36 heures et qui dut être terminé par le forceps. Le même jour, elle constata une incontinence d'urine. Elle entre à la Clinique le 20 mai 1879. On constate 2 fistules superposées à 1 centimètre de distance. Auréole d'avivement ovalaire dans le sens antéro-postérieur, s'étendant jusque sur la lèvre antérieure du col. Guérison immédiate.

Obs. V. — Perte de substance de la plus grande partie de la paroi vaginale antérieure. Hernie de la muqueuse vésicale à travers l'ouverture vésicale, qui admet 2 doigts. Brides cicatricielles et tissus résistants. Opérée déjà 2 fois sans succès.

La femme M... (des Vosges), eut un accouchement difficile dans un hameau éloigné des Vosges, à la suite duquel elle fut très malade pendant plusieurs mois et fut atteinte, au bout de quelques jours, d'une incontinence d'urine.

Opérée le 1er juillet 1879, les fils furent enlevés le 6. On croit à une guérison sinon tout à fait complète, du moins à une réunion sur la majeure partie de la ligne cicatricielle. Le 11e jour, on voit se produire une petite ouverture qui s'agrandit au point de reconstituer l'ouverture primitive au bout de 15 jours. Ce résultat est produit par la rigidité des parties mises en contact. On se propose de lui appliquer le traitement préparatoire, mais, pendant le mois d'octobre, elle prend la fièvre typhoïde, à la suite de laquelle elle succombe.

Obs. VI. — Fistule vésico-vaginale simple. Opération. Guérison.

Mme Q..., bienconstituée, accoucha seule et très lentement en Afrique ; elle fut, à dater du 7e jour, atteinte d'incontinence d'urine. Elle vint à Nancy en juin 1882, fut opérée le 28, et guérie.

Obs. VII. — Fistule vésico-vaginale simple. Opération. Guérison.

Mme B..., née R..., accoucha lentement d'un enfant mort, qui dût être amené par le forceps. Incontinence d'urine. Cautérisations avec le nitrate d'argent inutiles. Entre au service le 2 avril 1883. Opérée le 24 avril. Guérison immédiate. Elle s'en retourne chez elle le 8 mai.

Obs. VIII. — Grande perte de substance de la paroi vaginale antérieure réduite à une bande de tissu mince qui recouvre la paroi posté-

NUMÉROS D'ORDRE.	LIEU de publications.	NOM et prénoms.	AGE.	CAUSE de la fistule.	ÉTAT DES PARTIES.				DÉTAIL DES OPÉRATIONS.								OBSERVATIONS.
					Vagin.	Périnée.	Nature et siège.	Dimensions et directions.	Date et lieu.	Situation de la maladie.	Mode d'avivement.	Nombre de fils.	Durée de l'opér.	Enlèv. des fils.	Soins consécutifs.	Résultat.	
1	Inédite	Femme B.	35	Lenteur du travail. Enfant gros.	Très large, intact, flasque.	Peu déchiré.	Pertuis au milieu du vagin.	Très petite.	Nancy, en ville. 27 mars 1877. 2e opér. 11 mai. 3e opér. 2 août.	Pelvi. d. Id. Id.	1 cm. En long. Id.	4 fils. 6 — 5 —	1 h. Id. 1 h.1/4	6e jour id. 7e jour	Nuls. Id. Id.	1 insuccès. 2 insuccès. 3 succès douteux	La laxité extrême du vagin a rendu les opérations très pénibles. Le manque de plasticité les a fait échouer.
2	Id.	C. Octavie femme M.	23	Lenteur du travail Craniotomie et forceps.	Normal.	Presque intact.	Petite fistule au tiers supérieur du vagin.	Petite.	12 décembre 1879 Clinique.	Id.	1 cm. en large.	5 —	1 h.	6e —	Id.	Guérison	
3	Id.	Ch. Delph.	24	Tête longtemps au passage. Forceps.	Id.	Id.	Fistule au-devant du col.	Admet 1 doigt.	9 mai 1879, Clinique.	Id.	Large et aux dép.	8 —	Id.	7e —	Id.	Id.	
4	Id.	Femme D.	38	Travail lent. Forceps 9e grosseur.	Id.	Id.	Fistule double en avant et à droite du col.	Sonde et stylet.	24 mai 1879, Clinique.	Id.	Av. oblique.	6 —	1 h.1/4	7e —	Id.	Id.	Un peu de cystite exigea un trait spécial.
5	Id.	C. Marie.	25	Travail très long.	Cloisonné, grande perte de subste.	Complètement déchiré.	Perte de substance énorme ; hernie vésicale.	Admet 2 doigts.	1er juillet 1879, Clinique.	Id.	En demi-cercle.	8 —	1 h.1/2	7e —	Id.	Insuccès	Opérée deux fois avant sans succès, la malade se croit guérie pendant plusieurs jours après l'ablation des fils.
6	Id.	Malthe C.	29	Accouchement en Afrique.	Non altéré.	Intact.	Petite fistule.	Admet sonde.	28 juin 1882, En ville.	Id.	Auréole ronde.	5 —	45 m.	7e —	Id.	Succès.	
7	Id.	M. B. f. R.	25	Accouchement lent. Forceps.	Id.	Id.	Id.	Admet stylet.	24 avril 1882, Clinique.	Id.	Id.	4 —	1/2 h.	7e —	Id.	Id.	
8	Id.	O. Marie.	32	Accouchement très lent. Application du forceps.	Très altéré.	Peu endommagé.	Grande perte de substance, paroi vaginale antérieure réduite à une languette.	2 doigts.	14 avril 1883, Clinique.	Genu pect.	En demi-cercle.	6 —	2 h.	7e —	Id.	Id.	Trait préparatif de Bozemann pendant 6 mois.
9	Id.	Lef. I.	32	Accouchement lent. Forceps.	Peu altéré.	Id.	Petite fistule.	Stylet.	25 mai 1883, Clinique.	Pelvi. d.	Rond.	6 —	1 h.	7e —	Id.	Id.	Trait préparatif pendant 3 semaines.
10	Id.	D. R. f. B.	32	3e grossesse près de l'epaule. Version.	Id.	Compl. déchiré.	Petite fistule.	Sonde utér.	30 avril 1884, Clinique.	Genu pect.	Id.	7 —	45 m.	7e —	Id.	Id.	Irrig. vaginale pendant et après l'opér. avec sol. de subl. 1/10,000.

rieure du pubis. Brides cicatricielles rétrécissant le vagin. Traitement préparatoire de Bozemann pendant plusieurs mois. Le col est attaché au tissu, qui revêt la surface postérieure du pubis. Guérison immédiate.

La nommée O... Marie (des Vosges), rachitique, eut un accouchement très lent, très difficile, qui dura presque une semaine. Elle fut très malade pendant plusieurs mois, guérit avec une incontinenece d'urine, et s'adressa à plusieurs médecins qui déclarèrent qu'elle était incurable. Après plusieurs années, elle se présenta à la Clinique le 23 novembre 1882. On constata les désordres mentionnés ci-dessus, l'existence d'une ouverture vésicale derrière le pubis, admettant facilement 2 doigts, etc.

On la soumit au traitement préparatoire de Bozemann, et le 14 avril 1883, elle fut opérée à la Clinique sur la table de Bozemann, qui permettait un accès plus facile que la situation pelvi-dorsale, et on fit usage du spéculum de Sims. Elle dut être sondée une fois le premier jour; le 8e jour, enlèvement des fils. Pendant quelques jours, un peu de suintement par le vagin. Le 5 mai, la malade se lève, ne perdant plus d'urine, à la condition d'uriner souvent (petitesse de la vessie). Elle sort guérie le 12.

Obs. IX. — Fistule vésico-vaginale simple. Opération. Guérison. Incontinence à la suite d'un accouchement difficile, long, terminé par le forceps.

Entre à la Clinique en mai 1880, l'incontinence existant depuis 14 mois. Traitement préparatoire de peu de durée. Fistule petite opérée le 25 mai 1880. Guérison immédiate. Elle sort le 15 juin.

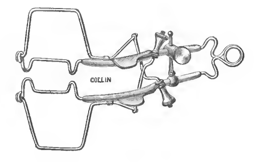
Obs. X. — Fistule vésico-utéro-vaginale superficielle petite. Opération. Guérison. Mme D. R. F. B. de L. M., âgée de 32 ans, fut accouchée pour la 3e fois par la version le 13 janvier 1884. A la suite de l'accouchement, incontinence d'urine immédiate. Entre au service le 22 avril 1884. Déchirure totale du périnée. Contention des matières solides. Fistule admettant un crayon. Mise à nu d'une manière plus avantageuse sur la table de Bozemann que dans la position ordinaire. Spéculum de Sims. Opération pratiquée le 1er mai. Irrigation du vagin avec une solution de sublimé au 1/10,000. Enlèvement des fils le 7e jour. Elle s'en retourna guérie le 15 mai.

Présentation d'instrument.

M. Terrier présente un blépharostat construit par M. Collin d'après un modèle de M. le Dr Faucher. Le blépharostat ordinaire

a le défaut d'appuyer sur le globe de l'œil, et si le malade fait effort pour fermer les paupières, la pression s'exerce sur l'œil par l'intermédiaire des crochets de l'instrument, ce qui peut provoquer des accidents lorsque la cornée a été incisée.

Avec le nouveau blépharostat, non seulement les paupières sont écartées l'une de l'autre, mais encore elles sont écartées du globe de l'œil ; deux points d'appui, pris sur l'arcade orbitaire et sur la pommette, supportent l'appareil, qui ne peut toucher le globe de l'œil, même si le malade fait effort. L'instrument se place comme le blépharostat ordinaire, sans aucune manœuvre accessoire, par le rapprochement des branches; les pièces d'appui se soulèvent et ne gênent pas pour introduire les crochets sous les paupières; ces pièces s'abaissent et viennent prendre un point d'appui quand les branches s'écartent. Avant de placer l'appareil, on l'adapte à la conformation du sujet en réglant, au moyen de deux vis disposées à cet effet, l'arc que doivent décrire les pièces d'appui pour sou-



lever les paupières au degré convenable; ainsi la pièce frontale devra s'abaisser moins que la pièce de la joue, si l'arcade orbitaire fait une saillie prononcée; les deux pièces doivent s'abaisser davantage, si l'œil est peu enfoncé dans l'orbite. Pour régler l'instrument, on invite le malade à fermer les paupières, on place l'écarteur ouvert sur les paupières et on serre la vis d'arrêt; on règle alors les vis des leviers de manière à ce que les crochets touchent à peine les paupières et ne s'appuient pas sur elles quand on presse sur l'instrument. On peut alors placer l'appareil, et les paupières seront soulevées de façon à laisser voir les culs-de-sac de la conjonctive : sans déplacer le blépharostat, on peut encore achever de régler le soulèvement des paupières, s'il en est besoin. L'emploi de cet instrument rend impossibles les accidents mis sur

le compte du blépharostat, et rend inutile la présence d'un aide chargé de soulever l'instrument en cas de besoin.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
J. CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 25 juin 1884.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. le Dr ENRIQUE DE AREILYA, de Bilbao, adresse un travail sur la *Valeur du pansement de Lister dans les plaies contuses;*

3° M. le Dr STÉFAN PASSU (de Bucharest) adresse sa thèse sur le *Traitement du pied bot varus par l'extraction de l'astragale;*

4° M. le Dr POLAILLON offre, de la part de M. le Dr LADREIT DE LA CHARRIÈRE, l'article de la *Surdité* et de la *Surdi-mutité*, extrait du *Dictionnaire des sciences médicales.*

5° M. le Dr CLOSMADEUC, membre correspondant de la Société de chirurgie, annonce que, le 10 juin dernier, il a pratiqué à Vannes « une *opération césarienne* sur une petite naine de 23 ans, mariée, présentant une déformation et un rétrécissement excessifs du bassin. L'opération a été faite avec l'assistance de M. le professeur Fonssagrives, de M. le Dr Roy, médecin militaire, et d'une sage-femme. Il a obtenu un enfant parfaitement vivant, à terme et bien conformé, du sexe masculin. La malade, qui a bien supporté l'opération, en est aujourd'hui au 5e jour, et l'état est satisfaisant. Si elle guérit, ce sera son 3e succès ; car il a déjà à son actif deux autres opérations césariennes suivies de guérison complète de la mère ».

Ce fait est intéressant à signaler, et nous serons heureux d'apprendre l'issue définitive de l'observation de M. Closmadeuc ; car on commence aujourd'hui à reparler de l'opération césarienne, à la comparer à l'opération de Porro, et à se demander si la première

ne doit pas revenir d'ici à quelque temps sur la scène, à la condition qu'on lui fasse subir les perfectionnements qu'exige la chirurgie moderne.

Lecture.

M. Trélat, à propos du procès-verbal, lit une note sur la *Réunion des moignons d'amputation.*

Messieurs,

Le processus de la guérison n'est pas de même nature dans les moignons où on obtient la réunion primitive et dans ceux où la guérison est le résultat de la cicatrisation à ciel ouvert.

Outre les avantages résultant de la rapidité de la guérison, la réunion primitive des moignons d'amputation donne des moignons épais, mobiles, souples, à un degré qui ne se rencontre pas à la suite de la guérison par suppuration.

La recherche et l'obtention de la réunion primitive nécessitent des lambeaux étendus, de forme et de taille irréprochables, pour que la coaptation des surfaces et des bords soit parfaitement exacte.

Ces théorèmes reposent sur un grand nombre d'observations antérieures. Je tiens, en outre, à la disposition de la Société, deux moules d'amputation de jambe et deux amputés : l'un de jambe, l'autre de cuisse, qui appuient mes affirmations. Je crois, de plus, en raison de la grande importance de la question, que tous les membres de la Société devraient fournir les résultats de leur pratique.

Rapport.

Coup de feu pénétrant du crâne. Fracture par contre-coup,

Par le Dr Moty, médecin-major.

Rapport par M. Chauvel.

Depuis plus d'un siècle les chirurgiens discutent sur l'existence et le mode de production des fractures indirectes ou par contre-coup de la base du crâne, et la question ne paraît pas encore résolue, au moins en ce qui concerne les coups de feu. Ainsi que l'indique le titre de son travail, notre collègue de l'armée ne met pas en doute la possibilité de ces lésions. A l'appui de son opinion, il nous a envoyé, à défaut de la pièce anatomique qu'il n'a pu conser-

ver, une observation et un dessin dont vous pouvez apprécier la valeur.

Voyons d'abord le fait. Un arabe, dont l'âge, même approximatif, n'est pas indiqué, est tué dans la nuit du 29 novembre 1883, à Tébessa (Algérie) par un coup de feu tiré à très petite distance. Bien que l'observation soit muette sur les caractères de la blessure, nous pouvons admettre qu'en effet la balle a été tirée de fort près. L'autopsie montre une plaie pénétrante du crâne, située au-dessus de l'oreille gauche, dont le pavillon est légèrement échancré, une ecchymose palpébrale et sous-conjonctivale des deux côtés, enfin, des traces évidentes d'un écoulement de sang par les deux narines. Du siège précis de la perforation osseuse, de sa forme, de ses dimensions, notre collègue semble s'être peu préoccupé, ce qui est fort regrettable, mais le dessin de la pièce montre que l'ouverture était arrondie et de très petit diamètre.

La calotte cranienne enlevée par un trait de scie qui divise le trou d'entrée du projectile, on reconnaît, dit M. Moty : 1° Que la balle, suivant une direction rectiligne, a intéressé le lobe temporal gauche, et continué son trajet entre le cerveau et le cervelet, où son passage a laissé peu de traces, et a pénétré enfin dans le lobe pariétal droit, à la partie supérieure duquel on la retrouve. En ce point elle a été arrêtée par l'os, qu'elle a légèrement contusionné, comme le démontre une très légère teinte rosée du périoste. C'est une balle déformée, grossièrement quadrangulaire, du volume de celle d'un revolver d'ordonnance. De nombreuses et petites esquilles tapissent la première partie du trajet du projectile dans le cerveau.

2° Que du trou d'entrée du projectile part une fissure qui, intéressant tout d'abord l'écaille du temporal, se dirige verticalement en bas et gagne le bord supérieur de la grande aile du sphénoïde. En ce point la fissure se bifurque. Sa branche la plus courte franchit la suture sphéno-temporale, décrit une courbe à convexité postérieure et aboutit au trou ovale gauche, où elle s'arrête. La branche principale se porte en avant en suivant la suture sphéno-temporale, sépare de la voûte orbitaire l'extrémité de la petite aile du sphénoïde, puis quitte la suture sphéno-frontale à angle droit et gagne la partie moyenne de la voûte orbitaire (il serait plus exact de dire la partie postérieure), où elle circonscrit une esquille triangulaire, de la dimension d'une pièce d'un franc, qu'elle sépare complètement des os voisins. Du côté interne de ce triangle partent trois fissures nouvelles qui, dirigées en dedans, se perdent, l'une au tiers moyen de la lame criblée de l'éthmoïde, l'autre à son tiers postérieur, la troisième en arrière, se prolongeant un peu au delà de la ligne médiane.

3° Qu'il existe à la partie postérieure de la voûte orbitaire *droite*

une esquille osseuse, irrégulière dans ses formes, quadrangulaire, séparée par une fente très droite en deux parties, et isolée du reste de l'os par une large fissure présentant un seul prolongement, très court, vers la petite aile du sphénoïde. Cettc esquille est déprimée à sa partie antérieure, du côté de l'orbite, et le tissu cellulaire de cette cavité fait hernie dans l'intérieur du crâne.

Si l'on examine avec soin l'esquille détachée de la voûte orbitaire gauche, on constate également que sa portion antérieure est plus complètement séparée du plan osseux dont elle provient.

La disposition de ces deux esquilles, ajoute notre confrère, nous a paru offrir un grand intérêt, et nous a conduit à concevoir une *nouvelle théorie* des fractures du crâne par contre-coup. En effet, leur situation par rapport au trou d'entrée de la balle ne permet pas : d'une part, de les considérer comme résultant de la rencontre au point qu'elles occupent des vibrations ellipsoïdes parties de la fracture principale (théorie de Saucerotte) ; d'autre part, l'extension vers l'étage supérieur d'une fracture ayant son foyer derrière l'oreille ne concorde pas avec les conclusions récentes de Félizet. Enfin, l'isolement absolu de l'esquille du côté droit constitue une nouvelle exception aux lois d'Aran, qui considérait toutes les fractures de la base du crâne comme des fractures par propagation.

M. Moty insiste sur le soin particulier avec lequel la base du crâne a été examinée, les os ruginés, pour s'assurer de l'absence de toute communication entre les fractures des deux voûtes orbitaires. Puis il continue : « Nous étions donc en présence d'une fracture par contre-coup que ne peut expliquer aucune des théories émises jusqu'ici, et l'enfoncement de l'esquille vers la cavité orbitaire à droite et la tendance au même déplacement à gauche, nous ont conduit aux conclusions suivantes : 1° dans les fractures pénétrantes du crâne, l'augmentation brusque de la pression ultra-cranienne au moment de l'entrée du corps vulnérant se transmet à toute la paroi osseuse suivant le principe de Pascal; 2° immédiatement *après l'entrée* du corps vulnérant la pression peut redescendre brusquement, les os déplacés tendre à reprendre leur position, et si l'engrènement des fragments les empêche d'obéir à cette seconde impulsion, c'est le tissu voisin, plus mobile, qui se précipite à leur place de manière à faire hernie dans la boîte cranienne. Peut-être la théorie que nous venons d'émettre peut-elle s'appliquer également aux cas rares de fractures par contre-coup sans fractures au point percuté; il suffit pour cela qu'une pression brusque déprime sur un adulte une large portion du crâne, sans dépasser sa limite d'élasticité. »

Messieurs, l'observation que je viens de résumer est des plus intéressantes. Les exemples de fissures et de fractures isolées

de la base du crâne à la suite de coups de feu de la voûte sont loin d'être communs. Otis, dont la compétence en chirurgie d'armée ne saurait être discutée, n'a pu, dans son admirable histoire chirurgicale de la guerre de la sécession d'Amérique, en résumer que quelques cas, encore sont-ils douteux. Avec Bruns, H. Fischer, dans son récent traité (1882), n'admet comme évidentes ou discutables que les observations récentes de Macleod, Demmne, Lawson, Bergmann, etc. De ces faits, le plus connu est sans contredit celui du président Lincoln, tué d'un coup de revolver, le 14 avril 1865, au théâtre de Washington. La balle, perforant l'occipital au-dessous de la ligne courbe supérieure et à gauche de la ligne médiane, fut trouvée à la partie antérieure du corps strié gauche. Les deux voûtes orbitaires étaient fracturées et les fragments *déplacés en haut du côté du cerveau.* Dans le fait de Lawson, un morceau de la voûte orbitaire du côté lésé par la balle, et de la grandeur d'un schilling, était détaché et enfoncé dans l'orbite. Pendant la guerre turco-russe, Bergmann a relevé six cas analogues chez des blessés qui avaient succombé à la place de pansement. Pour lui, ces lésions ne sont réputées rares que parce que les soldats frappés meurent avant d'arriver jusqu'aux hôpitaux et que les autopsies ne peuvent être faites.

Dans un récent travail publié dans le nº 19 du *Centralblatt für Chirurgie* de cette année, Otto Messerer admet comme absolument sûres et tout à fait hors de doute ces fractures indirectes de la base du crâne consécutives à des coups de feu. Aux 17 faits relevés par lui dans les publications médicales, savoir : 6 de Bergmann, 3 de Rücker, 2 de Longmore, 2 d'Otis, 1 de Macleod, de Demmne, de Tiling et d'Huguier, il en ajoute un dix-huitième emprunté à la clinique de Nusbaum. Il s'agit ici d'un coup de revolver à la tempe droite dans une tentative de suicide. Alors que la balle se dirigeant du côté opposé vient se réfléchir sur la dure-mère pour se porter enfin en arrière près de la ligne médiane, et ne présente ni perte de substance ni déformation notable, on trouve une large fissure isolée, coupant transversalement les deux voûtes orbitaires et l'éthmoïde, puis se coudant brusquement en arrière, à angle droit, pour aller se terminer à la base du rocher droit. Aucune trace de chute, aucune autre lésion pour expliquer cette fracture, dont le siège est bien celui qu'on observe le plus souvent dans les faits de ce genre. Sur 18 cas, y compris celui de M. Moty, l'éthmoïde et les voûtes orbitaires sont en effet intéressées 15 fois. Il n'existe donc aucune relation entre la direction de la puissance agissante et le trajet de la fracture indirecte, mais celle-ci siège presque constamment dans les parties les plus faibles de la base du crâne, alors que

l'orifice d'entrée du projectile se trouve dans des points très variables de la boîte osseuse.

Admettant comme incontestables ces fractures par contre-coup de la base du crâne, comment en expliquer la production. Rejetant dans son cas particulier les doctrines de Saucerotte, de Félizet, M. le Dr Moty propose, dit-il, *une théorie nouvelle;* celle de la transmission à toute la paroi osseuse de l'augmentation brusque de la pression intra-cranienne au moment de l'entrée du corps vulnérant. Nous regrettons vivement de l'apprendre à notre confrère, cette explication n'a rien, absolument rien de nouveau. Il y a plusieurs années que Busch, Kocher et d'autres chirurgiens avec eux ont invoqué pour rendre compte des fractures par contre-coup de la base du crâne l'accroissement momentané et colossal de la pression intra-cranienne produit par l'entrée du projectile. Cette théorie est longuement discutée dans le traité de chirurgie de guerre de Fischer et dans tous les ouvrages récents, sous le nom de théorie de la pression hydrostatique ou hydraulique.

Malheureusement, si elle peut rendre compte des faits analogues à celui du Dr Moty, elle est difficilement applicable aux cas de Bergmann, dans lesquels il n'existait ni pénétration, ni perforation de la voûte cranienne. Aussi cet auteur se montre disposé à admettre avec Longmore, comme cause des fractures par contre-coup, l'action prépondérante des vibrations osseuses transmises depuis le point frappé jusqu'aux voûtes orbitaires plus fragiles, et même (ce qui nous semble bien difficile à accepter) le choc du cerveau comprimé ou lésé contre les os minces et fragiles de la fosse cérébrale antérieure. Les fractures par contre-coup ne s'accompagnent pas toujours, du reste, du déplacement signalé par Lawson et par M. Moty, du rejettement vers l'orbite des fragments osseux. Dans les cas de Lincoln, les bords de la fracture étaient relevés vers la cavité cranienne; dans presque tous les faits de Bergmann il n'y avait que des fissures isolées, linéaires, directes ou en arc, de la voûte orbitaire et de la lame criblée de l'éthmoïde.

D'expériences multiples pratiquées par Rücker à Dorpat, sous la direction de Wahl, il résulte que les coups de feu de la voûte du crâne s'accompagnent souvent de fissures isolées dans les fosses cérébrales antérieures, si, injectant les vaisseaux de la tête avec de l'eau, on met le cerveau dans des conditions qui se rapprochent de l'état de vie; si, au contraire, on enlève une partie de la voûte du crâne avant le tir, si on n'a pas soin de pousser une injection dans les vaisseaux, ces fractures par contre-coup ne se produisent pas. Ces expériences, on le voit, sont favorables à la théorie de la pression hydrostatique.

En faveur de cette théorie plaide également le déplacement sou-

vent constaté des esquilles vers la cavité orbitaire. Mais nous faisons nos réserves sur la chute brusque de la pression intra-crânienne invoquée par M. Moty pour expliquer la saillie, dans la cavité du crâne, du tissu cellulo-graisseux de l'orbite. Notre confrère nous paraît beaucoup trop disposé à tirer d'un fait unique des conclusions générales. Dans des sujets si discutés, en présence d'observations contradictoires, nous croyons sage de ne pas se prononcer si aisément et surtout de ne pas poser des règles absolues. Encore moins admettons-nous qu'on soit autorisé à généraliser ces doctrines, à les appliquer aux fractures par contre-coup succédant à des contusions de la voûte du crâne. Entre ces derniers faits, les pénétrations simples et les fracas étendus du crâne qui suivent les coups de feu tirés de très près avec les armes modernes, les différences sont assez grandes pour qu'une même théorie leur soit difficilement applicable. Ainsi que le dit H. Fischer, la question ne peut être jugée que par de nouvelles expériences et par des études cliniques faites avec le plus grand soin.

Je vous propose, messieurs, les parties importantes de l'observation de M. le Dr Moty ayant trouvé place dans ce rapport : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer son travail dans nos archives et, si la chose est possible, de faire entrer dans notre bulletin une réduction de l'intéressant dessin joint à l'observation.

Discussion.

M. Berger. Les fractures de la base du crâne qui ne se relient pas à une fracture principale de la voûte existent, c'est incontestable, seulement on ne les observe que dans un seul point : la voûte orbitaire. Elles peuvent être consécutives à des coups de feu, mais peuvent succéder à toute autre cause vulnérante.

Le musée Dupuytren possède une pièce bien démonstrative à cet égard, portant le n° 40. Il s'agit d'une base de crâne atteinte de fracture transversale au niveau des deux rochers. Au centre de chaque bosse orbitaire on constate la présence d'une petite fracture indépendante de la première. Il existe, si je ne me trompe, une pièce analogue dans le musée du Val-de-Grâce. Une autre pièce porte le n° 41 B. Si les bosses orbitaires sont le lieu d'élection de ces fractures, c'est parce qu'elles sont le point le plus faible de la base.

De ces faits, on est en droit de conclure que si un grand nombre des fractures de la base sont produites par l'irradiation d'une fracture de la voûte, quelques autres sont produites par un mécanisme différent ; mécanisme d'ailleurs obscur et que je n'ai pas la prétention d'établir en ce moment.

M. Trélat. En 1851, j'ai fait des expériences sur les fractures de la base du crâne, et j'ai dit que, dans l'immense majorité des cas, les violences exercées sur la tête ne produisaient d'autres fractures de la base que des fractures par irradiation. J'ai reconnu cependant que, dans certains cas exceptionnels, on obtenait les fractures dont il vient d'être question. Il est assez difficile d'en expliquer le mécanisme, peut-être se produisent-elles lorsque la force vulnérante agit directement, lorsqu'elle est normalement appliquée à la surface du crâne. Quoi qu'il en soit, ces fractures siègent, en effet, au point le plus faible de la base, aux apophyses orbitaires principalement. Elles sont constituées par une esquille de 2, 3 et 4 millimètres au plus.

Mais ce serait une erreur de croire qu'elles occupent exclusivement ce siège. On les observe également sur le rocher, dans la partie de l'os correspondant à l'oreille interne; l'on sait, en effet, qu'à ce niveau l'os est extrêmement mince, exclusivement formé aux dépens de la table interne, dont la fragilité est bien connue.

Au moment où je fis mes expériences, M. Perrin en fit de semblables et démontra que, lorsque le crâne était rembourré de façon à ce que le choc porté fût également réparti, on obtenait beaucoup plus facilement ces fractures indépendantes.

Ces fractures sont indépendantes, cela est vrai, mais elles n'en semblent pas moins être le prolongement d'une fissure qui s'est arrêtée à un point donné pour reparaître un peu plus loin. En conséquence, ce qui fait qu'elles sont indépendantes, ce n'est pas parce qu'elles sont séparées de cette fissure par une petite portion de substance intacte. Cette disposition peut être constatée avec la plus grande netteté sur le dessin qui nous a été envoyé.

En ce qui concerne le mécanisme de ces fractures, je suis de l'avis de M. Berger; il est des plus obscurs, et, personnellement, je ne trouve pas de théorie capable de les expliquer.

M. Marc Sée. Je rappellerai à la Société que tout récemment Kocher a fait une série d'expériences sur les coups de feu appliqués sur la surface du crâne; il résulte de ces expériences qu'avec les armes de guerre actuelles on détermine facilement des fractures de la base, indépendantes des fractures de la voûte.

L'explication donnée par l'auteur, c'est que les fractures de la base sont déterminées par l'augmentation de la pression qui résulte du passage du projectile à l'intérieur du crâne.

M. Desprès. J'ai vu un homme qui, à la suite d'un coup de mine sur le vertex, était mort de méningite, et chez lequel, à l'autopsie, je trouvai une fracture de la base assez analogue à celles dont il

est question en ce moment. La fracture partait du sommet du crâne, un peu à droite de la ligne médiane, de là elle descendait jusqu'à la base du crâne pour s'arrêter à la suture temporo-sphénoïdale, puis elle reprenait au niveau des trous ovale et petit rond, et se prolongeait en dedans et en haut, jusqu'à l'apophyse crista-galli, qui était fracturée.

Les faits de ce genre peuvent être interprétés de la manière suivante :

Ces fractures sont des fractures par propagation, comme la plupart des fractures que nous observons journellement, seulement le trait se trouve arrêté sur un certain point, pour reprendre sur un point plus ou moins éloigné. Peut-être même que si l'on cherchait bien, l'on trouverait que cette interruption n'est pas aussi réelle qu'elle en a l'air, et que seule la table que l'on a sous les yeux est intacte, l'autre étant fissurée.

M. Chauvel. Il est impossible de dire que toutes ces fractures soient des fractures par propagation. Tel est, par exemple, le cas du président Lincoln, qui avait une fracture de la base très éloignée, et tout à fait indépendante de la fracture de la voûte.

D'ailleurs, les cas auxquels il vient d'être fait allusion sont consécutifs aux traumatismes ordinaires du crâne, chute, coup, etc.; ils sont donc différents de ceux qui font l'objet de mon rapport, consécutifs, comme je l'ai dit, à des coups de feu tirés de près. Il est impossible dès lors d'établir une comparaison entre eux.

Ce n'est que pour les fractures par coup de feu, en effet, que l'on peut invoquer le mécanisme de l'exagération de pression à l'intérieur du crâne produite par l'entrée du projectile.

M. Trélat. Les expériences dont j'ai parlé ont été faites aussi avec des armes à feu, seulement je dois reconnaître qu'il s'agissait des armes anciennes, à canon lisse, dont la portée maximum était de 400 mètres, tandis qu'aujourd'hui les armes de guerre portent à 1,800 mètres. Dans ces conditions, il est certain qu'il y a un élément nouveau dont je n'ai pu tenir compte, et qui est capable de modifier du tout au tout les résultats obtenus.

C'est ainsi que nous voyons aujourd'hui les projectiles de guerre traverser, comme à l'emporte-pièce, certains os spongieux, les os du genou, par exemple, alors que les anciens projectiles les faisaient toujours éclater en tous sens.

Rapport.

Sur une observation de kyste hydatique de la prostate, présentée par M. le Dr Millet, ancien interne des hôpitaux.

Rapport par M. Nicaise.

Messieurs,

A propos d'un cas de kyste hydatique de la prostate, communiqué à la Société par M. Tillaux (*Bull. Soc. chir.*, 1883, p. 143), j'ai déposé sur le bureau, de la part de M. le Dr Millet, une observation portant le même titre, et dont vous m'avez chargé de vous rendre compte.

La communication de M. Tillaux avait été l'occasion d'une discussion portant surtout sur la réalité de l'existence des kystes hydatiques de la prostate.

Ce point n'ayant pas été élucidé, j'ai recherché si les observations publiées de kystes hydatiques du bassin chez l'homme, et en particulier celles de kystes situés entre la vessie et le rectum, permettaient de trancher la question.

J'ai pu ainsi réunir trente-trois faits portant sur des kystes contenus dans le bassin : je les ai réunis dans un tableau.

Je résumerai d'abord celui qui vous a été présenté par M. Millet.

Le 16 juillet 1882, M. le Dr Millet est appelé auprès d'un homme de 59 ans atteint de rétention d'urine, et qui, depuis quelque temps déjà, éprouvait de la difficulté à uriner.

M. Millet constate l'existence d'une tumeur volumineuse occupant la région de la prostate ; il fait plusieurs tentatives de cathétérisme avec différentes sondes, la sonde en caoutchouc rouge seule pénètre dans la vessie.

On reconnaît alors dans la fosse iliaque droite une tumeur globuleuse, dure, régulière. Par le toucher rectal, on constate que le bassin est toujours rempli par une tumeur qui occupe surtout le côté droit et refoule le rectum en arrière et à gauche. Cette masse est résistante et donne à M. Millet l'idée d'un kyste. Le malade éprouvait aussi depuis longtemps une grande gêne dans la défécation.

M. Millet recommande au malade de se servir de la sonde en caoutchouc rouge, puis prescrit de l'iodure de potassium et des bains de siège alcalins ; il m'adresse le malade, qui vient me voir le 29 juillet 1882.

Je trouve également, par le toucher rectal, au niveau de la région prostatique, une tumeur volumineuse, assez régulière, tendue, rénitente, recouverte par une muqueuse rectale, mobile et souple. Mon diagnostic fut hésitant.

Quelques jours avant j'avais vu un malade qui portait aussi une énorme tumeur de la prostate, régulière, indolente, rénitente, mais plus ferme, qui était manifestement constituée par une tumeur fibreuse.

Chez le malade de M. Millet, la tumeur était plus élastique, mais cependant ne donnait pas de fluctuation. Je crus néanmoins à l'existence d'un kyste, à cause du volume de la tumeur, de sa régularité, de son indolence et de son élasticité; je conseillai une ponction qui devait en même temps confirmer ou infirmer le diagnostic.

Le malade ne se préoccupa pas de ce qu'on lui avait dit.

Le 30 janvier 1883, 6 mois après, M. Millet est appelé auprès de lui pour une nouvelle rétention d'urine datant de 12 heures. L'emploi de la sonde en caoutchouc rouge est impossible, ainsi que le cathétérisme avec toute autre sonde. M. Millet fait alors la ponction de la vessie et retire plus d'un litre d'urine. Le toucher rectal fait ensuite constater l'existence de la tumeur déjà reconnue en juillet.

Voulant assurer l'écoulement des urines, le malade habitant un pays éloigné de sa résidence, M. Millet essaie de nouveau le cathétérisme avec une sonde métallique, et, au moment où il abaisse le pavillon, il sent le bec de la sonde porter comme sur une membrane tendue, un ressaut se produit, et, au même moment, jaillit par la sonde un jet de liquide clair comme de l'eau.

Pas une goutte d'urine ne s'écoule, la sonde est dans une cavité autre que la vessie; elle est retirée après l'évacuation du liquide.

On ne trouve plus trace de la tumeur qui remplissait le bassin; au niveau de la prostate, on sent une dépression en godet recouverte par une membrane flottante.

A partir de ce moment, le malade urine facilement.

Le liquide évacué pesait 700 grammes; il renfermait un peu d'albumine et des crochets d'échinocoques.

Au bout de quelques jours, les urines sont devenues troubles et d'odeur infecte, et de petites membranes d'un blanc laiteux ont été évacuées par l'urètre. Cela dura jusqu'au 20 février.

Ce jour, il survint des coliques violentes suivies de diarrhée; jusqu'au 24, le malade eut 8 à 10 selles par jour, et il rendait par le fondement des débris membraneux et des petites vésicules blanches.

Par le toucher rectal, M. Millet constate au niveau de la prostate une surface granuleuse, irrégulière, limitée par des bords décollés. Il prescrit des lavements à la ratanhia.

A partir du 21 février, les urines étaient redevenues normales.

Le 1er mars, la diarrhée avait diminué, mais le malade était affaibli et maigre.

Au bout de quelques jours, la diarrhée cessa tout à fait, et la guérison fut rapide.

Remarques.

Ce malade portait donc un kyste qui occupait la région prosta-

tique, faisait saillie dans le rectum et comprimait l'urètre au point d'amener une rétention d'urine.

Dans une tentative de cathetérisme, le kyste est ouvert par le bec de la sonde, et il s'écoule 700 grammes de liquide. Par la suite, l'urine pénétra dans la poche kystique et y détermina de l'inflammation qui prit un caractère septique.

L'inflammation gagna la paroi du rectum, et, vingt jours environ après la rupture du kyste, le malade fut pris de diarrhée et rendit par le fondement des débris membraneux; à ce moment-là même, les urines redevinrent normales.

La cavité du kyste s'était ouverte dans le rectum, et la perforation de l'urètre s'était oblitérée; aussi est-il à remarquer qu'il n'y eut aucun écoulement d'urine par l'anus et aucun signe de fistule urinaire.

Les accidents durèrent environ cinq à six semaines, enfin le malade se rétablit complètement.

Si nous recherchons quelle était la nature du kyste, nous voyons qu'il s'agissait d'un kyste hydatique, ainsi que le démontrent la présence dans le liquide des crochets d'échinocoques et de petites vésicules blanchâtres. Ce liquide contenait, il est vrai, un peu d'albumine, mais on sait que cette particularité peut s'observer dans les kystes hydatiques quand ils ont été le siège d'une irritation.

Les kystes hydatiques du bassin chez l'homme ne sont pas absolument rares; j'ai pu en réunir, ai-je dit déjà, 33 observations.

Chez la femme, ils s'observent aussi quelquefois; M. Porak vient de les étudier au point de vue de la dystocie. (Des kystes du petit bassin au point de vue de la dystocie. *Gaz. hebdom. de Paris*, 1884, p. 137, 157, 174 et 206.)

L'analyse des faits que j'ai recueillis montre combien rarement le diagnostic a été fait.

Celui-ci est entouré parfois de quelques difficultés, et quand la tumeur est peu volumineuse et très étendue, on peut la confondre avec une tumeur solide; néanmoins, si l'on peut reconnaître assez facilement une tumeur kystique, on n'arrive au diagnostic que par exclusion.

Ajoutons que, dans un certain nombre de cas, le diagnostic n'a pas été porté, faute d'un examen suffisant, faute d'avoir pratiqué le toucher rectal.

Les kystes hydatiques du bassin, dont les symptômes propres sont presque négatifs, manifestent leur présence en agissant mécaniquement sur les organes voisins. Ils peuvent amener de la gêne dans la défécation et de la rétention d'urine. Celle-ci est très fréquente et a été observée dans un grand nombre de faits; la compression porte, soit sur la portion prostatique de l'urètre, soit sur

Kystes hydatiquesdu bassin chez l'homme.

Nº d'ordre.	BIBLIOGRAPHIE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	COMPLICATION.	TRAITEMENT.	COMPLICATION du traitement.	TERMINAISON Cause de la mort.	SIÈGE anatomique.	HYDATIDES des autres organes.
1	Tyson, 1687. *Davaine*, p. 515. *Transact. philos.*, 1687, nº 188, art. 1. *Chopart*, *Op. cit.* p. 149.	»	»	Compression des uretères.	»	»	Mort.	Eutre vessie et rectum.	»
2	Sibille. *Acad. Chir.*, 1755. *Davaine*, p. 520.	48	»	Rétention d'urine.	»	»	Ouverture près de l'iscbion. Guérison.	»	»
3	Lelouis, *Acad. Chir.* 1787, *Davaine*, p. 512.	40	»	Rétention d'urine.	Ponction hypogastrique de la vessie.	»	Mort. Rétention d'urine.	Entre vessie et rectum.	»
4	Hunter. *Méd. Chir. Trans.*, 1793. *Charcot et Davaine*, p. 513.	46	»	Rétention d'urine.	»	»	Mort subite. Rétention d'urine.	Entre col de vessie et rectum.	Rate.
5	Richter. 1797. *Davaine*, p. 487.	50	»		»	»	Mort. Fièvre.	Entre péritolne et partle supérieure de vessie.	Paroi, de l'abdomen, foie, estomac, rate, médiastin ant.
6	Lesauvage, *Bull. de la Faculté*, 1812. *Charcot et Davaine*, p. 514.	61	»	Iscburie.	Ponction de la vessie par rectum.	Péritonite. Adynamie	Mort. Rétention d'urine.	Entre vessie et rectum.	Foie, éplploon.
7	Guerbois et Pinault. *Soc. Anat.* 1826. *Davaine*, p. 490.	35	»	»	»	»	Mort. Fièvre.	Adhérent à vésicule seminale droite aux dépens de laquelle il était formé.	Foie, petit épiploon, grand épiploon, etc.,
8	Brun. *Th. Paris*, 1834. *Charcot-Davaine*, p. 522.	40	»	Coliques intestinales.	»	»	Ouvert dans le rectum. Guéri.	»	»
9	Beauvais, *Soc. Anat.* 1845. *Charcot*, *Davaine*, p. 523.	»	»	»	»	»	Mort.	2 kystes, 1 de chaque côté du rectum.	Foie, rate.
10	Lowdell, 1846. *M. Jullien*, p. 708.	64	»	Rétention d'urine.	»	»	Mort.	Dans la prostate.	Dans épiploon, arc du colon.
11	Curling, 1848, *Arch. méd.*	58	»	Dysurie.	»	»	Mort.	Entre vessie et rectum.	Dans rectum, foie, pancréas, dnodénum.
12	Blondeau, *Soc. Anat.*, 1849. *Charcot-Davaine*, p. 514.	»	»	Rétention d'urine.	Ponction hypogastrique.	»	Mort. Rétention d'urine.	Entre vessie et reotum.	Cœcum (adhérent au).
13	Boinet et Mesnet, *Soc. Chir.*, 1852. *Davaine*, p. 597.	33	»	»	»	»	Mort. Fièvre.	Sous péritoine vésical, dans cul-de-sac recto-vésical.	»
14	Perrin, *Soc. Biol.*, 1853. T. V. p. 155. *Davaine*, p. 511.	60	»	Hernie scrotale g. de la vessie.	»	»	Mort.	En avant du sacrum.	Capsule surrénale.
15	Jones, *Trans. of. path. soc.* 1854. *Davaine*, p. 515.	»	»	Compression des uretères.	»	»	Mort.	Entre vessie et reotum.	Foie.
16	Robin et Mercier. *Soc. Biol.*, 1855, p. 116. *Davaine*, p. 448.	45	»	Pneumonie.	»	»	Mort. Pneumonie.	2 kystes sous péritoine vésical.	Foie, péritolne.
17	Callaway, 1855. *Thompson*, p. 131.	»		»	»	»	Mort.	Entre vessie et rectum.	Les hydatides furent évacués après le passage du cathéter.
18	Budd, *Davaine*, p. 488.	28	»	»	»	»	Mort.	Adhérence au sommet de vessie.	Épiploon, tissu sous-péritonéal.
19	Charcot, Davaine. *Soc. Biol.*, 1857. *Davaine*, p. 491.	63	»	»	»	»	Mort. Fièvre.	Entre vessie et rectum.	Foie, mésentère, épiploon.
20	Wunderlich, 1858. *Davaine*, p. 397.	22	»	»	»	»	Mort. Fièvre.	Dans le méso-rectnm.	Dans art. pulm. foie, rate, grand épiploon, mésentère, tissu cellul. rétro-péritonéal, cœcum, app. vermiforme.
21	Bryant. *Soc. Path.-Méd. Times and. Gaz*, 20 janvier 1866.	»	»	Rétention d'urine. Constipat.	Ponction du kyste. Incision.	»	Guéri.	Entre vessie et rectum.	»
22	Hutchinson, *Med. Times and Gaz*, 20 janvier 1866.	»	»	Rétention d'urine.	Ponction du kyste.	»	Mort.	»	»
23	Velpeau, *cité par Dolbeau.*	»	»	Rétention d'urine.	Ponction hypogastrique.	»	Mort.	Kyste comprimant le col vésical.	»
24	Dolbeau, *Gaz, Hop.*, 1867, p. 278.	26	»	Rét. d'urine. Gêne de défécation.	Ponction du kyste. Incision.	Fièvre; gangrène du scrotum de la verge.	Guéri.	Cloison reoto-vésicale.	Saillie sur le côté droit de la marge de l'anus. Incision en ce point dans poumon.
25	Butreuille, 1878. *Jullien*, p. 709.	69	»	»	»	»	Mort.	Dans la prostate.	»
26	Mallez, 1878. *Th. Planty-Mauxion.*	28	Tumeur de la prostate.	»	Ponction du kyste.	Suppuration de la poche.	Guéri.	Dans la région de la prostate.	»
27	Musée Guy's hospital. *Thompson*, p. 132 (— 2104,52.)	40	»	Rétention d'urine.	»	»	Mort.	Dans région prostatique.	»
28	White, *Thompson*, p. 132.	59	»	Rétention d'urine.	Ponct. périn. de la vessie.	»	Mort.	Dans région prostatique.	»
29	Thompson, p. 132.	9	Rétention d'urine.	»	Ponction par rectum.	»	Guéri.	»	»
30	Musée Saint-Barthélemy, nº 15 s. XXIX. *Thompson*, p. 132.	»	»	»	»	»	Mort.	Entre vessie et rectum.	»
31	Tillaux. *Soc. Chir.* 1883.	43	Abcès froid.	Rétention d'urine.	Incision du kyste par rectum	Peritonite légère.	Guéri.	Kyste de la prostate.	»
32	Perier-Duguet, *Soc. Chir.* 1883.	»	»	»	Ponction du kyste.	»	Guéri.	Kyste du plancher du bassin.	»
33	Millet, 1884 *Soc. Chir.*	59	Tumeur de la prostate.	Rétention d'urine.	Ponction vésicale.	Suppuration; gangrène de la poche.	Guéri.	Région prostatique.	»

le col de la vessie; dans deux cas de Tyson et de Jones, il y avait compression des uretères. Dans un cas de M. Perrin, un kyste hydatique du petit bassin avait déterminé une hernie scrotale de la vessie.

Deux fois le kyste s'ouvrit spontanément au dehors près de l'ischion, dans l'observation présentée par Sibille à l'Académie de chirurgie, le malade guérit. Dans une observation de Brun, le kyste s'ouvrit dans le rectum, le malade guérit également.

Dans deux cas, le kyste fut ouvert accidentellement par le cathétérisme, une fois par Callaway, dont le malade mourut, et une autre fois par M. Millet, dont je rapporte l'observation.

Le kyste hydatique a pu être la cause de la mort par les troubles de la miction dont il était la cause. Sur les 33 faits que j'ai recueillis, il y a 9 guérisons, 11 fois les malades ont succombé à la rétention d'urine ou à ses suites; dans les 13 autres cas, la mort est survenue en dehors de complications urinaires et les kystes n'ont été reconnus qu'à l'autopsie.

Dans un bon nombre de faits, le chirurgien n'a cherché à combattre que la rétention d'urine, ne soupçonnant probablement pas sa cause; alors on fit la ponction de la vessie par l'hypogastre, [2 fois par le rectum; une fois par le perinée (White).]

Dans 6 cas seulement, il est noté que le chirurgien intervint directement contre le kyste. Hutchinson, Perier, Mallez, firent une ponction du kyste, le malade d'Hutchinson mourut, les autres guérirent. Bryant guérit un malade en faisant une ponction et une incision par le rectum; M. Tillaux eut un succès en incisant le kyste par le rectum. Chez un malade de Dolbeau, le kyste faisait saillie sur le coté de la marge de l'anus, comme dans le cas de Sibille; il l'incisa en ce point, et après une série de complications graves, le malade guérit. En résumé, sur 6 cas dans lesquels le kyste a été traité chirurgicalement, il y eut un décès.

Cette rapide analyse suffit pour montrer les complications qui peuvent accompagner les kystes hydatiques du bassin chez l'homme, et les difficultés que peut présenter le diagnostic de ces tumeurs, d'où la nécessité d'une exploration attentive des organes contenus dans le bassin.

Quant au traitement à suivre, on conseillera de faire d'abord une ponction aspiratrice antiseptique, qui pourra être à la fois exploratrice et curative, comme dans le fait de MM. Perier et Duguet.

Si la ponction est insuffisante pour évacuer la poche, si le liquide se reproduit, si la poche s'enflamme, on fera alors une incision, comme l'a pratiquée M. Tillaux, mais en suivant les règles de la méthode antiseptique et en employant en particulier le pansement à l'iodoforme et les injections antiseptiques dans la poche;

celles-ci toutefois devront être faites avec prudence à cause des rapports de la poche avec le péritoine.

Un fait intéressant qui ressort encore de l'analyse des observations, c'est la fréquence de la présence simultanée de kystes hydatiques dans d'autres régions que le bassin. Sur 33 faits, 16 fois on trouva sur le cadavre des kystes hydatiques multiples, et chez les neuf malades qui ont guéri, peut-être plusieurs portaient-ils des kystes méconnus.

Les kystes qui accompagnaient ceux du bassin ont été constatés dans le poumon, dans le foie, la rate; le grand épiploon, le mésentère, dans le tissu sous-péritonéal, sur les parois de l'intestin (cœcum, colon, etc.), dans le pancréas, les capsules surrénales, etc.

Enfin il reste à élucider un point important, celui du *siège exact des kystes hydatiques de la région prostatique*.

On a, à cet égard, bien peu de renseignements précis; dans la plupart des observations, l'indication du siège du kyste est vaguement indiquée, et l'on ne trouve pas de description anatomique complète.

Dans les observations que j'ai pu compulser, le kyste est indiqué comme étant situé en avant du sacrum (1 fois), dans le mésorectum (1 fois), de chaque côté du rectum (1 fois), entre la vessie et le rectum (12 fois), dans la région prostatique (3 fois), dans la prostate (4 fois), dont le fait de M. Tillaux et celui de M. Millet. Une fois le kyste adhérait à la vésicule séminale droite, aux dépens de laquelle il paraissait formé, dit l'auteur, M. Pinault; le kyste a été rencontré sous le péritoine vésical (2 fois), entre le péritoine et la partie supérieure de la vessie (2 fois); M. Perier place le kyste qu'il a observé avec M. Duguet dans la plancher du bassin.

Les kystes hydatiques se rencontrent souvent dans le tissu cellulaire, dans le tissu musculaire, ainsi que l'ont fait remarquer MM. Lannelongue et Perier dans la discussion qui a suivi la communication de M. Tillaux ; rien d'étonnant alors à ce qu'on les rencontre dans le petit bassin, sur les parois du rectum, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, au niveau de la vessie et entre la vessie et le rectum, mais le kyste peut-il se développer dans la prostate elle-même?

A priori, il semble que rien ne s'oppose à ce développement; la densité de la glande prostatique ne peut constituer un obstacle suffisant, étant donné surtout la fréquence des kystes hydatiques dans le foie, dont la densité est plus grande encore; on en a observé aussi dans la rate, le pancréas, etc.; mais il ne suffit pas que le fait soit possible *a priori* pour que la présomption se change

en réalité, il faut la constatation anatomique. Or, les observations que l'on possède ne sont pas tout à fait convaincantes.

Thompson, Le Dentu, mettent en doute l'existence des kystes hydatiques de la prostate ; Jullien, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, est disposé à admettre comme démonstratives les observations de Lowdell et de Butreuille ; dans la première, la substance de la prostate était perdue au sein du kyste ; dans la seconde, la prostate était le siège d'un kyste multiloculaire occupant la partie antérieure de l'organe et seulement recouvert du coté de l'urètre par une mince couche de tissu glandulaire. Par la dissection on put reconnaître la loge musculo-aponévrotique qui entourait la poche, et l'examen histologique établit que le kyste siégeait dans l'épaisseur même de la prostate. Mais il faut ajouter qu'on ne découvrit pas de crochets dans le liquide; toutefois, l'absence d'épithélium sur les parois du kyste et la présence d'hydatides dans le poumon firent admettre le diagnostic de kyste hydatique.

Rappelons enfin que dans le fait de Callaway et dans celui qui a été adressé à la Société par M. Millet, le kyste a été ouvert dans l'urètre par le cathétérisme.

Tel est aujourd'hui l'état de la question des kystes hydatiques de la prostate.

Si leur existence est probable, on ne possède cependant encore aucune observation qui en fournisse une démonstration anatomique.

L'intéressante observation de M. Millet m'a conduit à faire un rapport un peu long, je le termine en vous proposant :

1° D'adresser des remerciements à M. le Dr Millet ;

2° De déposer son observation dans nos archives.

Discussion.

M. Tillaux. L'origine prostatique du kyste que j'ai eu à soigner me paraît incontestable ; quand je l'ai touché, la tumeur que j'ai eue sous le doigt était exactement semblable à un abcès prostatique, et c'est le diagnostic que j'ai immédiatement porté. Dans ces conditions, je ne vois pas où le kyste aurait pu siéger s'il avait été en dehors de la prostate. D'ailleurs, pourquoi le développement des kystes hydatiques serait-il impossible dans la prostate? On en trouve bien dans les os, dont le tissu est cependant plus dense.

M. Nicaise. J'ai parfaitement songé aux raisons que vient de faire valoir M. Tillaux, et c'est pour cela que je considère les kystes de la prostate comme probables. Mais n'ayant pas la dé-

monstration anatomique de leur existence, j'ai cru devoir faire quelques réserves, d'autant plus que rien n'empêche que de semblables kystes se développent dans le tissu cellulaire interposé entre la prostate et le rectum, et qu'ensuite, par le fait même de leur développement, ils se substituent à la prostate.

Note sur deux cas d'adénomes du rectum, l'un sessile, l'autre pédiculé, chez des adultes, par le Dr S. Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine.

La présence dans le rectum de tumeurs formées par l'hypergénèse des glandes, d'*adénomes* en un mot, est un fait mis depuis longtemps hors de doute par les recherches de Lebert et Robin, auxquelles sont venues se joindre depuis celles d'un grand nombre d'anatomo-pathologistes. Ces néoplasmes bénins, circonscrits, n'ayant pas de tendance à se généraliser, sont le plus souvent pédiculés par l'action prolongée des contractions intestinales et se présentent par suite sous la forme clinique de *polypes*. On sait que c'est surtout chez les enfants que ces productions se rencontrent. Curling, dont le traité sur les maladies du rectum jouit d'une si grande autorité, déclare même que les polypes mous (ou glandulaires) sont *très rares* chez l'adulte. Cette assertion n'est qu'en apparence démentie par la statistique d'Allingham, où, sur quarante cas de polypes, on ne compte pas moins de dix-sept sujets âgés de plus de quatorze ans. En effet, la nature histologique de chacun de ces cas n'a pas été nettement déterminée, et plus d'un appartenait sans doute à la classe des polypes fibreux, qui sont tout autrement nombreux à cette période de la vie.

Quoi qu'il en soit, les observations complètes d'*adénomes du rectum*, sessiles ou pédiculés, chez l'adulte sont assez peu fréquentes pour qu'il ne soit pas sans intérêt d'en publier deux observations nouvelles. La première, que j'ai recueillie moi-même, a trait à un adénome non pédiculé ; il serait par suite abusif de le ranger dans la classe des polypes, bien que certains auteurs (Agnew, par exemple) n'aient pas hésité à le faire. La seconde, relative à un vrai polype mou, m'a été communiquée par le professeur Trélat, que je remercie vivement de son obligeance. Ces deux faits se sont offerts à peu près simultanément à notre observation, et ayant eu l'occasion d'examiner les préparations microscopiques provenant du cas de M. Trélat j'ai été si frappé de l'identité absolue qu'elles offraient avec celles de mon opérée, que j'ai désiré vous présenter ces faits simultanément.

Voici d'abord le résumé des deux observations. Je les ferai suivre ensuite de quelques commentaires rapides.

OBSERVATION I. — *Adénome sessile de la paroi antérieure du rectum chez une femme adulte. Phénomènes de pseudo-métrite. — Opération par l'instrument tranchant. — Guérison.*

Madame V..., de Troyes, est âgée de 38 ans; d'une forte constitution, quoique affaiblie par les pertes sanguines incessantes : un peu d'embonpoint, chairs flasques, muqueuses pâles. Elle a eu cinq enfants. Bonne santé jusqu'en 1871, où elle a eu une fièvre typhoïde. En 1873, elle a souffert de coliques hépatiques qui sont revenues depuis, soit franchement, soit avec la forme gastralgique.

En 1879, elle commence à souffrir, dans les reins et dans le ventre, de douleurs qui sont attribuées par son médecin à de la métrite. Elle vient consulter le professeur Depaul, qui trouve le col gros et congestionné, et applique le fer rouge. Pas de soulagement. En 1880, un autre professeur de la Faculté constate, dans une consultation écrite que m'a montrée la malade, «*un engorgement considérable de l'utérus avec catarrhe, qui exigera un traitement de 5 à 6 semaines par les cautérisations profondes ou intra-utérines, afin de modifier la membrane muqueuse devenue fongueuse.* » Ce traitement est, en effet, institué et demeure sans effet.

Peu de temps après, aux symptômes de douleur, de pesanteur, etc., attribués à l'état de l'utérus, vient se joindre un phénomène nouveau : des hémorragies par l'anus, d'abord rares et peu abondantes (une à deux cuillerées), au moment des selles, de loin en loin, puis plus fréquentes. Il y en avait parfois 2 ou 3 dans la même journée. Rarement trois jours se passaient sans qu'il en survînt. En même temps, du ténesme et de leucorrhée anale apparaissaient.

Le même chirurgien qui avait rédigé la consultation citée plus haut est de nouveau appelé (juillet 1880). Cette fois-ci, il touche par le rectum et constate (par écrit) « *un polype du rectum avec flux sanguin intermittent* ». Il conseille l'opération, que la malade refuse.

Depuis lors, les hémorragies augmentent. Dans ces derniers six mois, la malade perdait du sang, nous dit-elle, vingt jours environ par mois, une à deux cuillerées seulement par jour, il est vrai; mais, par leur répétition incessante, ces pertes ne l'en ont pas moins énormément débilitée. Elle a des palpitations, des vertiges, une faiblesse très grande, des névralgies intercostales vives. Il faut joindre à ces troubles un ténesme constant et une diarrhée persistante.

Tel est l'état où la malade me fut adressée au mois de mars de cette année.

Le toucher rectal me permit de constater sur la face antérieure, à 6 centimètres environ de la marge de l'anus, une tumeur sessile, du volume d'une amande verte, molle, quoique un peu élastique, granuleuse, paraissant faire corps avec la muqueuse rectale et être mobile sur la cloison recto-vaginale quand on combinait les touchers par le vagin et par l'intestin. Elle n'offrait ni prolongement ni racine. Un petit spéculum univalve étant introduit dans le rectum et déprimant

la paroi postérieure, permit de l'examiner facilement : on constata sa couleur rouge foncé, l'absence d'ulcération, l'aspect framboisé et saignant.

L'examen de l'utérus fit trouver le col assez gros, mais sans ulcération ni catarrhe; tout semblait se borner, en un mot, de ce côté à des phénomènes congestifs de voisinage.

Opération le 22 *mars.* — Par suite de la facilité très grande que j'avais trouvée à explorer la tumeur en employant un petit spéculum univalve, je résolus d'éclairer largement le champ opératoire en introduisant un spéculum du même genre, mais du plus fort calibre, après dilatation forcée du sphincter. Celle-ci fut donc pratiquée tout d'abord dès que la malade fut endormie. Cette manœuvre donna une laxité si grande à l'orifice qu'après l'introduction du spéculum (la malade étant dans le décubitus latéral gauche) la tumeur devint parfaitement accessible.

De quel procédé d'exerèse fallait-il faire choix ? La crainte de l'hémorragie m'eût poussé à employer de préférence soit le thermo-cautère, soit l'écraseur linéaire. Mais, d'autre part, le voisinage immédiat du vagin, la nécessité d'une précision très grande dans la dissection pour échapper au risque d'une fistule recto-vaginale, plaidaient en faveur du bistouri. Cette considération me parut prépondérante. J'ajoute que la tumeur était devenue si accessible que je devais me rendre sans peine maître de l'hémorragie, si elle se produisait.

Je procédai donc comme suit : maintenant dans le vagin l'index de la main gauche pour apprécier l'épaisseur des tissus divisés, je fis au bistouri une incision comprenant l'épaisseur de la muqueuse rectale, et allant de l'anus à la tumeur, que je cernai ensuite rapidement par une incision circulaire. Une assez notable perte de sang fut immédiatement arrêtée par la compression digitale, puis par l'application de plusieurs pinces à forcipressure. Je substituai alors les ciseaux à vivement au bistouri, et je disséquai très vite la tumeur saisie par un aide avec une pince à griffes. J'enlevai ensuite successivement les pinces en liant les vaisseaux de quelque calibre qui donnaient encore. Quatre ligatures seulement furent nécessaires. On peut estimer à un demi-verre à Bordeaux la perte totale du sang.

Lavage à la solution d'acide borique; pansement avec la vaseline boriquée étendue sur une petite boulette de coton hydrophile, sans tamponnement ; opium.

Suites des plus simples : disparition complète du ténesme dès les premiers jours; il n'a pas reparu une goutte de sang ; aucune fièvre. L'appétit et les forces reviennent sous l'influence d'un traitement tonique. Les douleurs névralgiques diminuent.

Le 10 mai, la malade partait guérie. Cessation complète de tous les symptômes morbides, y compris les douleurs abdominales et la pesanteur du périnée, attribuées faussement à une affection de l'utérus.

Je devais recevoir de ses nouvelles, si quelque trouble survenait; elle ne m'a pas écrit.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée a le volume d'une petite

amande. Elle est, par suite, beaucoup moins volumineuse qu'elle ne le paraissait lorsqu'elle était gorgée de sang sur la malade. Elle est aussi beaucoup plus molle qu'elle ne le semblait alors, et a tout à fait perdu la rénitence un peu élastique qu'elle donnait à l'exploration du doigt. J'ai décrit déjà ses autres caractères extérieurs.

Après durcissement, les coupes colorées à l'hématoxyline donnent de très belles préparations où la nature glandulaire du néoplasme apparaît avec une entière évidence.

OBSERVATION II. — *Énorme polype du rectum chez un homme adulte (adénome pédiculé).* (Observation communiquée par M. le professeur TRÉLAT.)

Le nommé Ch. Marchand est entré le 16 mai 1884, salle Saint-Pierre, hôpital Necker. Rien dans ses antécédents héréditaires. Érysipèle de la face, il y a 7 ans. Pas de rhumatisme, ni autre maladie constitutionnelle.

Il y a 8 ou 9 ans, le malade a fait une chute sur le derrière, et 7 ou 8 mois après est sortie du fondement pendant la défécation une petite masse grosse comme une noisette. Depuis cette époque, il la sentait toujours sortir toutes les fois qu'il allait à la selle. Elle ne l'empêchait pas du reste de travailler et n'occasionnait pas de douleurs. Il rendait de temps en temps un peu de sang.

Il consulta des médecins de campagne qui lui conseillèrent des bains froids. Cependant, cette masse grossissait de plus en plus, et il y a 2 ans, elle était, dit-il, aussi grosse qu'aujourd'hui. A cette époque, l'hémorragie au moment des selles était devenue beaucoup plus abondante. En même temps il rendait des glaires blanches. Les douleurs étaient très peu vives.

Sa tumeur sortait sans cesse et il la faisait rentrer assez difficilement. Mais il a toujours continué à travailler jusqu'à la huitaine qui a précédé son entrée à l'hôpital.

Il y avait 6 ou 7 mois sa santé s'était altérée. Il était devenu pâle, l'appétit était perdu, et depuis un mois il avait des étourdissements.

C'est même à la suite d'un accident de ce genre qu'il se décida à venir nous consulter à l'hôpital.

État actuel. — Homme assez fort, pâle, anémique. L'anus ne présente rien de particulier.

Signes physiques : Au toucher, on ne trouve rien de spécial à la partie inférieure du rectum. Il faut monter à une hauteur de 6 à 8 centimètres avec le doigt; alors on sent une masse lobulée qui occupe presque tout le calibre de l'intestin. Cette masse a une consistance molle et on peut la déplacer facilement. En reportant son doigt vers la paroi antérieure du rectum, on sent un pédicule qui est large (25 à 30 millimètres), plus dur que la masse elle-même, et on a la sensation d'une bride. Pendant cette exploration, on ne fait pas saigner cette tumeur et la douleur provoquée est fort légère.

Le malade dit qu'il peut la faire sortir lorsqu'il va à la selle. On fait l'expérience, et lorsqu'il revient du cabinet, on constate, en effet, que le polype fait saillie en dehors de l'anus, sous forme d'une masse sillonnée et partagée en plusieurs lobes, les lobes eux-mêmes étant divisés en lobules plus petits.

Le polype dépasse le volume du poing fermé d'un adulte. Sa couleur est rosée, il est recouvert par place de mucus. Sa consistance est molle. Son pédicule est large.

M. le professeur Trélat a excisé deux petits lobules pour être examinés au microscope. A la suite de cette légère opération, le sang a coulé abondamment et a nécessité des attouchements au perchlorure de fer. M. Latteux, chef du laboratoire de Necker, reconnut à l'examen histologique un adénome parfaitement caractérisé.

Signes fonctionnels : Douleurs modérées, exaspérées après chaque exploration. Hémorragie toutes les fois que le malade va à la selle, surtout fortes depuis quelque temps. Le sang sort mélangé de glaires.

État général. — Anémie. L'appétit est médiocre. Cette homme va 3 ou 4 fois par jour à la selle, en diarrhée.

Dans la leçon clinique faite le 27 novembre, avant l'opération, M. le professeur Trélat exposait que le diagnostic était assuré et fondé sur la longue durée, le volume, le pédicule, la bénignité relative, la surface muqueuse et lubréfiée par du mucus glissant sur tous les points de la tumeur, contrairement aux anfractuosités des cancers; et enfin qu'il était confirmé incontestablement par l'examen histologique des petits f agments enlevés.

Opération : Dilatation après chloroforme; issue et saisie du polype. Section d'un pli supérieur de la muqueuse avec le thermo-cautère (ciseaux), hémorragies; 4 ligatures.

Section lente (4 crans par minute) du gros pédicule, de 35 à 38 millimètres avec l'écraseur. Pas de sang; lavage. Tampons de gaze iodoformée en queue de cerf-volant. Le pédicule, ainsi qu'on le vérifie exactement après sa section, s'implante à 5 centimètres de l'anus.

Le malade est constipé avec l'opium.

Anatomie pathologique. — La masse finement granuleuse, lobée et lobulée, de couleur rouge violacé, sans nulle ulcération, recouverte d'un mucus visqueux, avait du moins 7 centimètres de large sur 8 de haut. M. le Dr Latteux, qui en a fait l'examen microscopique, a obtenu avec l'hématoxyline de magnifiques préparations montrant la nature franchement glandulaire du tissu pathologique. « L'ensemble est formé par l'hypertrophie de la couche glandulaire de l'intestin, dont les éléments se montrent soit coupés en long, soit coupés en travers ; il n'y a rien qui rappelle l'épithélioma. L'épithélium qui tapisse les mamelons de la surface est cylindrique, on y trouve des cellules vésiculeuses d'où provient le mucus gluant qui recouvre la surface. Le tissu conjonctif ou stroma est infiltré de nombreuses cellules embryonnaires et montre un assez grand nombre de vaisseaux dans son épaisseur. »

(Les figures 2 et 3 relatives à la première observation pourraient se

rapporter également à celle-ci ; on ne saurait à l'examen histologique distinguer l'une de l'autre ces deux pièces.)

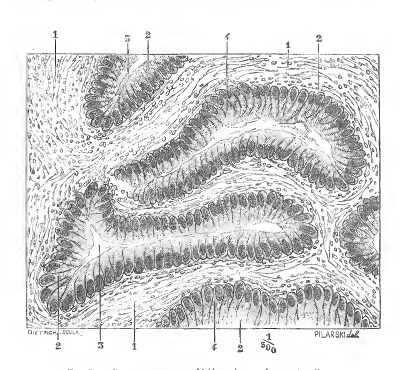


FIG. 3. — POLYPE DU RECTUM (*Adénome*), grandeur naturelle.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Les tampons purent être gardés 7 jours grâce à la constipation entretenue par l'opium. Les selles furent ensuite faciles. Le malade (opéré le 27 mai) est touché le 9 juin. On sent la large surface d'implantation du pédicule lisse et polie.

Le malade, très anémique, est traité par les douches froides et s'en trouve très bien. Le 16 juin une nouvelle exploration fait reconnaître une surface lisse, indolente, solide. Les selles sont régulières. Actuellement on peut considérer le malade comme guéri.

Je crois inutile de relever les analogies et les différences instructives qui existent entre ces deux observations. Les caractères décisifs qui permettent d'éviter l'erreur et de croire à une production maligne ont été parfaitement résumés par le professeur Trélat dans l'extrait de sa leçon que j'ai cité. Je remarquerai seulement que l'absence de pédicule, tout en rendant dans mon observation la différence moins frappante entre l'épithéliome et l'adénome, n'empêchait pas les autres considérations d'éclairer suffisamment le cli-

nicien; telles étaient surtout la longue durée du mal, sa circonscription exacte, l'absence d'ulcération et d'adhérences profondes.

Une autre confusion qui pourrait être commise, comme elle l'a été pour ma malade au début de la maladie, avant l'apparition des hémorragies par l'anus, et alors que les symptomes douloureux et les accidents réflexes dominent la scène, consisterait, en l'absence d'un examen du rectum, à croire à une affection de l'utérus (*phénomènes de pseudo-métrite*). Il existe sans doute, en effet, au début du mal, un état congestif de cet organe concomitant et symptomatique qui peut contribuer à entretenir l'erreur.

J'ai vu plus d'une fois, chez la femme, des maladies de la partie inférieure du rectum ou de la marge de l'anus, comme des hémorrhoïdes, des ulcérations syphilitiques, des fissures, retentir d'une façon manifeste sur les organes génitaux internes et y amener une congestion *deutéropathique;* celle-ci donnait souvent le change à la malade et aurait pu le donner au médecin, en lui faisant prendre pour la lésion initiale ce qui n'était qu'un de ses effets éloignés.

Enfin, j'ajouterai quelques mots à propos du traitement; la dilatation forcée de l'anus sous l'anesthésie et l'emploi du spéculum américain rendent le rectum si largement et si profondément accessible; l'hémostase est si sûre et si prompte, grâce à la forcipressure, que, toutes les fois qu'une dissection minutieuse sera nécessaire, l'emploi de l'instrument tranchant ne devra pas être trop redouté. On y aura recours, par exemple, lorsque la tumeur présentera une large base implantée sur la cloison recto-vaginale, comme dans mon observation.

Discussion.

M. Nicaise. Je rappellerai à la Société que je lui ai signalé une tumeur de la cloison recto-vaginale qui avait la même structure que celle enlevée par M. Pozzi. Il est vrai que ma malade était atteinte de cancer.

M. Pozzi. Il ne s'agit pas ici d'une tumeur de la cloison recto-vaginale; ma tumeur était manifestement dans le rectum lui-même.

Présentation de malade.

Présentation d'un malade atteint de méningocèle, par M. Le Fort.

M. Le Fort, empêché de venir, envoie un malade; il présentait

une certaine difficulté de diagnostic, ayant une tumeur congénitale au niveau de la racine du nez.

La tumeur, qui fait saillie des deux côtés de l'aile du nez, est congénitale. Elle ne présente de battements isochrones aux pulsations artérielles que dans sa partie supérieure. Il y a en ce point, surtout à droite, une poche que l'on vide par la pression et qu'on peut empêcher de se remplir en la comprimant vers son bord frontal. D'après les tracés graphiques pris avec le concours de M. Bochefontaine, elle n'est pas influencée manifestement par les mouvements respiratoires quand on les laisse librement s'exercer. M. Le Fort soupçonne un cas un peu insolite d'encéphalocèle ou plutôt de méningocèle, et je retrouve plutôt les caractères de cette affection que ceux d'une tumeur érectile. Il n'a pas l'intention d'intervenir, car le danger qu'on pourrait faire courir au malade ne serait pas en rapport avec le résultat qu'on pourrait espérer d'une opération; on ne saurait remédier à l'écartement des yeux dû à l'élargissement considérable de la partie moyenne du frontal et des os propres du nez. La tumeur gêne surtout par la difformité qu'elle amène et par un léger obstacle à la vision. Une ponction exploratrice me paraîtrait même une imprudence. Toutefois, le cas est d'un diagnostic difficile.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

J. CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 2 juillet 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° Une lettre de faire part, annonçant la mort de M. Letiévant (de Lyon), membre correspondant.

Lecture.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

M. Gallard lit un mémoire sur ce sujet, et le termine par les conclusions suivantes :

Le cancer de l'utérus doit, comme celui de toutes les autres parties du corps qui sont accessibles à l'action chirurgicale et avec les mêmes chances de réussite, être traité par l'ablation de la partie malade.

L'application de l'anse galvano-caustique, toutes les fois qu'elle est possible, est de beaucoup la meilleure manière de pratiquer cette ablation.

Elle permet d'obtenir une guérison définitive et durable quand elle est faite dans des conditions telles que toute la partie malade soit enlevée.

Elle est utile, même lorsque la section ne dépasse pas complètement toutes les parties envahies; soit qu'elle permette d'arriver à des améliorations longtemps persistantes, et même à une guérison complète lorsqu'il est possible de détruire par des cautérisations ultérieures la portion du produit morbide qui n'a pas été enlevée ; soit que, dans des cas plus défavorables encore, elle ne serve qu'à ralentir la marche envahissante du cancer et ne produise qu'une amélioration tout à fait passagère, et soulage au moins momentanément la malade en supprimant pendant un certain temps les hémorragies et les autres sécrétions pathologiques qui l'épuisent.

Discussion.

M. Th. Anger. Le galvano-cautère est sans doute excellent pour faire les ablations du col, mais il est un autre instrument, imaginé

par Nélaton, et qui me permet de pouvoir faire des destructions successives, traitement palliatif très suffisant, c'est le cautère à gaz.

Lorsque l'on a placé le spéculum spécial à ce genre d'instrument, et qui a pour but d'empêcher le rayonnement du calorique sur les parois du vagin, on peut cautériser le col 15 à 20 minutes sans inconvénients, et détruire ainsi une grande étendue du mal.

Depuis quinze ans, je me sers de cet instrument, et les résultats qu'il permet d'obtenir, bien qu'essentiellement palliatifs, sont excellents. Les douleurs, les hémorragies, les écoulements ichoreux s'arrêtent, et les malades se considèrent comme guéries.

M. Terrillon. J'ai pratiqué six ablations du col de l'utérus, et plusieurs fois je me suis servi de l'anse galvanique. J'ai pu constater que cet instrument est très facile à placer, et que la section se fait bien. Mais il ne faudrait pas croire que ce soit un instrument inoffensif.

Il prédispose singulièrement aux hémorragies secondaires, et l'une de mes malades a succombé à cette complication. L'hémorragie s'est faite insidieusement; huit jours après l'opération, elle était endormie près de son mari, lorsque ce dernier se réveillant, s'aperçut qu'il était dans une mare de sang. La femme vivait encore, mais elle mourut bientôt sans qu'il ait été possible de la ranimer. Les cas de ce genre ne sont pas exceptionnels, et M. Polaillon en a cité des exemples.

Les résultats thérapeutiques de ces ablations ont été favorables, bien que la récidive n'ait pu être évitée que dans un seul cas.

Il s'agit d'une femme que j'ai opérée il y a cinq ans, et qui est aujourd'hui encore en très bonne santé. Le col de cette malade, au moment où je l'ai opérée, était gros, dur, non champignonné, donnant au doigt la sensation d'un cancer infiltré; on pouvait y constater la présence d'une ulcération de mauvaise nature. J'enlevai le mal avec le couteau galvanique, en faisant dans le tissu utérin un cône creux, de manière à enlever la plus grande étendue possible du néoplasme. L'examen de la pièce, fait au laboratoire de M. Ranvier, a montré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma.

M. Desprès. Je puis rappeler à la Société deux faits analogues à celui que vient de nous indiquer M. Terrillon :

Ma première malade avait trente-quatre ans, et me fut envoyée comme atteinte d'un épithélioma du col utérin. Je la touchai et j'éprouvai les sensations éprouvées par M. Terrillon, sauf cependant que seule la lèvre antérieure était malade.

Je fis également le diagnostic d'épithélioma; toutefois, comme je

ne suis pas très partisan des ablations partielles, je me bornai à faire des cautérisations sur la partie malade.

Trois mois après, le col avait diminué de volume, l'ulcération qui le recouvrait avait disparu. Il y a quatre ans de cela, la malade vit encore et a eu un enfant.

Il ne s'agissait donc pas de cancer.

Ma deuxième malade est semblable à la précédente; je l'ai traitée de la même façon, il y a quatre ans de cela, et elle vit encore.

Instruit par l'expérience, je n'hésite pas à dire que tous les cas, opérés ou non, qui se présentent dans les mêmes conditions, peuvent être pris pour des cancers (je ne nie pas la bonne foi de ceux de mes collègues qui font de semblables diagnostics), mais ne sont pas des cancers.

Quant aux examens histologiques, ils n'ont aucune valeur dans l'espèce. Les histologistes, en effet, ne peuvent nous donner des résultats ayant quelque valeur, que lorsqu'ils ont au préalable le diagnostic clinique, déduit de l'examen de l'ensemble de la malade.

En ce qui concerne l'épithélioma en particulier, rien de plus facile que de croire à son existence, dans les cas analogues à ceux que je viens de rapporter. L'épithélium des glandes, augmenté, prolifère, remplit les culs-de-sac, et c'est cet épithélium que l'on prend pour du cancer, alors qu'il n'est autre chose que le résultat d'une inflammation chronique de l'organe.

En ce qui concerne la pratique des ablations partielles de l'utérus cancéreux, je crois qu'elle est rationnelle pour empêcher les hémorragies et les pertes blanches, mais elle doit être rejetée dans tous les autres cas, parce qu'elle est sans influence sur la marche de la maladie; et quand vous nous parlez de malades que votre intervention a améliorées au point qu'elles ont pu reprendre de l'embonpoint, c'est que vous avez pris l'infiltration du tissu cellulaire qui accompagne la cachexie pour de la graisse.

Sans doute, si nous pouvions trouver des cancers du col tout à fait au début, alors qu'ils ont à peine le volume d'un pois, nous pourrions tenter l'ablation totale du néoplasme; mais les malades de ce genre nous échappent, parce que leur maladie, à ce moment, ne se révèle par aucune espèce de symptôme.

M. Verneuil. J'ai opéré vingt malades atteintes de cancer du col, j'en ai perdu deux; les autres ont eu une survie de dix-neuf à vingt mois. Je dis que ce sont là des faits qui sont en contradiction formelle avec les opinions exprimées par M. Després, et j'ajoute qu'ils ne sont pas à dédaigner.

Une de mes malades est même restée guérie trois ans, une autre

six ans; et il s'agissait bien réellement d'un épithélioma, puisque au bout de ce temps les malades ont succombé à une récidive.

Les opérations faites en plein tissu malade ne sont pas si mauvaises qu'on pourrait le croire ; Nélaton, qui les a proposées pour les tumeurs parotidiennes en particulier, a montré qu'elles rendaient de très grands services aux malades.

Je n'emploie pas l'anse galvanique en raison de la fréquence des hémorragies secondaires qu'elle détermine ; je préfère de beaucoup me servir de deux anses d'écraseur que je fais passer, une dans chaque moitié du col, en les maintenant en place à l'aide d'une tige placée dans le tissu utérin, au-dessous du fil constricteur. Le col, par conséquent, est coupé en deux fois.

M. Gallard. Il est certain qu'il y a d'autres moyens que l'anse galvanocaustique pour enlever le col de l'utérus. Je n'ai pas encore employé la chaîne de l'écraseur, avec la petite modification dont nous parle M. Verneuil ; je n'y suis pas hostile, et je l'essaierai à la première occasion.

Je ne rejette pas non plus, d'une façon absolue, le cautère à gaz, les flèches caustiques ; mais je dois dire que toutes les fois que j'ai employé de semblables moyens, je n'en ai pas été très satisfait.

En somme, je ne suis pas aussi exclusif que je puis le paraître ; ce que j'ai seulement voulu dire, c'est que l'anse galvanique était un moyen excellent, et que je m'en suis très bien trouvé. Je n'ai jamais eu d'accident sérieux immédiatement après son emploi ; mais je dois reconnaître cependant qu'elle ne met pas à l'abri de quelques menaces de péritonite, de dysurie, et même, en effet, d'hémorragies consécutives ; mais ces accidents peuvent se produire quel qu'ait été le procédé employé.

Il est certain qu'il arrive parfois que l'on enlève des cols chroniquement enflammés, que l'on avait cru cancéreux. Cela n'a d'ailleurs pas grand inconvénient, puisque cette ablation avec l'anse galvanique a beaucoup d'analogie avec une cautérisation au fer rouge. Or, ces cautérisations sont un des meilleurs moyens pour guérir la métrite chronique du col.

M. Polaillon. Je partage l'opinion de M. Gallard relativement à l'anse galvanique. Sans doute, elle présente des inconvénients, mais cela ne l'empêche pas d'être supérieure à l'écrasement, à la section avec l'instrument tranchant ou avec le thermocautère.

J'ajouterai cependant quelque chose à ce qui a été dit jusqu'ici : L'ablation du col avec l'anse galvanique n'est que le prélude de l'opération. Il faut, lorsque l'on a enlevé tout ce que l'on a pu saisir

avec l'anse, regarder si la surface de section est saine, et lorsque celle-ci est suspecte, il faut poursuivre le néoplasme avec le fer rouge ou les flèches, de manière à creuser une sorte de cône dans le tissu utérin.

L'emploi des flèches me paraît excellent dans le cas particulier, parce que, si leur action sur le tissu pathologique est très énergique, comme elles ne détruisent que beaucoup plus difficilement les tissus sains, on n'a pas la crainte d'aller beaucoup au delà des limites du mal.

Ce moyen est tellement bon, que bien souvent la plaie opératoire se cicatrise, et que s'il y a récidive elle se fait du côté du corps, le col primitivement malade restant intact. J'ai en ce moment dans mon service une malade de ce genre.

Trois fois, au cours de l'opération, j'ai ouvert le cul-de-sac postérieur. Deux de mes malades ont guéri, la troisième est morte ; mais comme pendant toute l'opération elle a mal supporté le chloroforme, que sa respiration ne s'est jamais bien rétablie pendant les deux heures qu'elle a survécu, j'ai tout lieu de croire que le chloroforme n'est pas étranger à cet accident.

L'ouverture du cul-de-sac n'est, d'ailleurs, pas si redoutable qu'on pourrait le croire ; quelques auteurs qui l'ouvrent de parti pris, et remplissent le vagin avec un tampon de ouate iodoformé, déclarent ne s'en être pas trop mal trouvé.

Les hémorragies dont il vient d'être question ne sont jamais immédiates, c'est du huitième au dixième jour qu'elles se produisent, de telle sorte que l'on peut se demander si elles doivent bien réellement être attribuées à l'instrument, et si, dans la majorité des cas, elles ne sont pas la conséquence d'une imprudence de la malade ou de toute autre cause étrangère à l'opération.

J'ai eu deux hémorragies, dans ces conditions, chez des femmes qui s'étaient levées trop tôt ; chez une autre, la malade avait eu un accès de fièvre intermittente que le traumatisme avait ramené. La malade de M. Terrillon était couchée près de son mari au moment de l'accident, et il est probable qu'elle aussi avait fait quelque imprudence.

Dans une des précédentes séances, j'ai dit que l'ablation totale était une mauvaise opération, je tiens à ajouter que cette opinion est surtout basée sur la gravité toute particulière de l'opération, et non sur l'inefficacité de cette opération. Il est certain que si l'ablation partielle d'un organe cancéreux donne quelques chances de guérison définitive, son ablation totale en donne beaucoup plus.

Ainsi donc, le jour où, grâce à la perfection de nos procédés opératoires, l'ablation totale ne sera guère plus dangereuse que

l'ablation partielle, c'est à l'ablation totale que l'on devra avoir recours.

M. Marchand. J'ai plusieurs fois pratiqué l'ablation du col de l'utérus cancéreux.

Une fois je me suis servi de l'écraseur de Chaissaignac, la malade est guérie depuis quatre ans, et cependant l'examen microscopique, fait avec le plus grand soin, a montré qu'il s'agissait bien réellement du cancer.

Dans un second cas, je me suis servi de l'anse galvanique, et bien que toutes les précautions aient été prises, j'ai eu une hémorragie épouvantable.

Dans un cas, j'ai ouvert la vessie, et la malade, qui a succombé à une récidive dix-neuf mois après, a conservé jusqu'à la fin une fistule vésico-vaginale.

Dans une autre circonstance, c'est le cul-de-sac péritonéal qui a été ouvert, et la malade est morte de péritonite.

D'autres fois, j'ai pratiqué des ablations partielles, essentiellement palliatives, et je m'en suis généralement bien trouvé ; les malades ont été améliorées, et leur survie a été plus considérable. Le procédé que j'emploie généralement en pareil cas, c'est le grattage.

Toutes ces opérations ont été faites en abaissant légèrement l'utérus, ce qui facilite singulièrement l'opération, et n'a pas les inconvénients que l'on a signalés.

Toutefois, lorsque la malade n'est pas endormie, cet abaissement détermine une certaine douleur.

Je crois, de même, qu'on a beaucoup exagéré les inconvénients présentés par l'instrument tranchant, et en présence des inconvénients qui résultent de l'emploi de l'anse galvanique, je crois que, dorénavant, c'est à lui que j'aurai recours.

M. Championnière. Je suis vraiment surpris d'entendre nos collègues exprimer des opinions si favorables sur l'amputation du col de l'utérus. Pour ma part, j'avoue que je n'en vois l'indication que bien rarement, et chaque fois que je l'ai faite, sans avoir rencontré d'accidents redoutables, j'en ai vu de si médiocres résultats que j'y suis peu porté. En outre, j'ai tout lieu de croire que nombre de nos collègues n'ont pas été plus heureux, puisque, consulté par un certain nombre de femmes opérées par eux, j'ai eu souvent à constater de bien tristes suites.

J'ai employé deux fois la chaîne de l'écraseur; récidive rapide et mort des malades aussi rapide que si je n'étais pas intervenu.

Une fois j'ai eu recours à un procédé que je suis peut-être seul

à avoir employé, les ciseaux du thermo-cautère. Opératoirement ce ne fut pas mauvais. La récidive fut rapide et la mort survint à peu près comme si la malade n'avait pas été opérée.

Mais, comme je l'ai dit déjà, il y a une autre considération qui peut nous détourner de certaines opérations sur le cancer utérin.

Je me rapproche de l'avis de M. Després au sujet de la difficulté qu'il y a de reconnaître le cancer du col utérin au début. Il est possible de rencontrer des ulcères du col, autour desquels il se forme des végétations qui ressemblent tellement à du cancer, que même, pièces en main, on a souvent de la peine à porter un diagnostic.

Dans ces conditions, je crois que le nombre des malades considérées comme cancéreuses et qui ne l'étaient pas est considérable; et c'est aux cas de ce genre qu'il faut rapporter les prétendues guérisons du cancer utérin.

J'ai vu une malade, dont la mère et la sœur étaient mortes cancéreuses, qui avait une ulcération avec col énorme. Il était difficile de ne pas supposer l'existence d'un cancer; mais la guérison, obtenue par de simples saignées du col, dut faire rejeter ce diagnostic. Les micrographes se trompent parfaitement sur ce point.

Une autre femme, atteinte d'un ulcère semblable, était devenue cachectique et présentait tous les signes locaux du cancer avec un écoulement ichoreux et fétide. On ne fit rien et cependant la malade guérit.

Les exemples de ce genre sont nombreux, et c'est parce que j'en ai vu beaucoup que je crois pouvoir admettre que parmi les femmes opérées de cancer utérin qui ont eu une survie extraordinaire, il doit s'en trouver un certain nombre.

C'est là ce qui m'a fait dire que l'opération d'ablation complète justifiée par la nature de la maladie était bien grave pour qu'on y pût exposer des femmes qui n'en avaient aucun besoin, et que les opérations partielles inutiles dans les cas non cancéreux étaient encore trop dangereuses pour être justifiées dans les cas de doute sur la nature de la lésion.

M. Terrier. M. Polaillon nous dit que l'ablation totale de l'utérus est une opération extraordinairement dangereuse, et il se fonde là-dessus pour combattre cette opération, qu'il considère au fond comme rationnelle.

Il me permettra de lui faire remarquer que, si l'on s'en rapporte aux exemples qui viennent de nous être signalés, les ablations partielles ne sont pas non plus sans gravité: il me suffira de rappeler ces hémorragies, ces ouvertures des culs-de-sac, ces perforations de la vessie. Je pourrais ajouter à cette liste la possi-

bilité de voir se développer les pelvi-péritonites, ainsi que j'en ai observé un exemple.

M. Pozzi. Il est une complication du cancer utérin que l'on n'a pas encore signalée et qui est cependant capable à elle seule de fournir une indication à l'opération palliative.

Je veux parler ce ces cancers végétaux occupant tout le vagin, au point d'oblitérer le col. Les malades éprouvent des coliques épouvantables que l'ablation partielle fait disparaître.

M. Tillaux. On ne peut formuler le précepte que les cancers, quel qu'en soit le siège, doivent être enlevés partiellement lorsqu'il est impossible de les enlever en totalité.

Je crois, au contraire, que l'on doit rejeter toutes les opérations sur les cancers, lorsque l'on est convaincu de l'impossibilité de dépasser les limites du mal.

Je fais exception, bien entendu, pour les cas où la production cancéreuse détermine des troubles spéciaux capables par eux-mêmes d'entraîner la mort du malade. Un homme a un cancer de l'amygdale étendu, on ne doit pas y toucher ; cependant, si une partie de la tumeur gênait la respiration au point que le malade fût menacé d'asphyxie, on pourrait enlever cette partie de tumeur. L'opération, dans ce cas, serait comparable à la trachéotomie, qui présente les mêmes indications.

Appliquant ces préceptes au cancer utérin, je dirai : quand le col, le corps, les culs-de-sac sont pris, ne faites pas d'opération, sauf le cas d'accidents immédiatement graves auxquels vous espérez remédier par une ablation incomplète.

La séance est levée à 5 heures 50 minutes.

Le Secrétaire,

J. Championnière.

Séance du 9 juillet 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° La collection des comptes rendus des séances de la Société de biologie pendant le 1er semestre de 1884;

3° *Traité de chirurgie et de médecine opératoire* du professeur E. Albert (de Vienne) (1er fascicule, comprenant les maladies de la tête et du cou).

Discussion sur les opérations pour cancer de l'utérus.

M. Labbé. L'ablation totale de l'utérus cancéreux, faite surtout à l'étranger, n'a pas donné jusqu'à présent des résultats très encourageants, alors même que l'on a employé la voie vaginale, la plus favorable de toutes. Cette opération devra donc, jusqu'à nouvel ordre, être réservée à des cas tout à fait exceptionnels, par exemple aux cas dans lesquels la cavité utérine étant à peu près seule envahie, ses parois peuvent être considérées comme saines. Encore est-il que l'on devra s'être bien assuré, au préalable, que le vagin est sain, que les ganglions ne sont pas engorgés.

C'est donc à l'ablation partielle que l'on devra avoir recours à peu près constamment.

Il n'est pas nécessaire pour cela d'abaisser l'utérus, chose souvent très difficile, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer. Il suffira de placer la malade dans la position de la fistule vésico-vaginale et d'appliquer le spéculum de Sims, pour que le col se présente à la vulve, pour ainsi dire de lui-même. L'opération dès lors peut être faite dans des conditions d'aisance particulièrement favorable.

L'écraseur est très avantageux, mais il ne vaut pas l'anse galvanique, qui permet d'obtenir bien plus facilement une section nette et précise. Dans un cas, je me suis servi du couteau galvano-cautère, que je préfère au thermo-cautère pour les opérations de ce genre, parce que le rayonnement de ce dernier est trop considérable. La section terminée, je suis de l'avis de M. Polaillon, au sujet de la nécessité de poursuivre la tumeur au moyen de caustiques,

la pâte de Canquoin, par exemple, aidée au besoin du curage de l'utérus.

Bien que les chances de guérison définitives soient rares, de pareilles opérations doivent toujours être tentées ; ces guérisons sont possibles, et pour mon compte j'en possède deux exemples incontestables, dans lesquels l'examen microscopique a été fait de façon à présenter toutes les garanties désirables.

D'ailleurs, même lorsque la guérison définitive ne peut être obtenue, la malade n'en retire pas moins un bénéfice incontestable. Les hémorragies, les écoulements, les douleurs disparaissent, les forces reviennent, et les malades peuvent avoir pendant un temps assez long une existence convenable. Les moyennes que nous a données M. Verneuil, à cet égard, sont très encourageantes.

En somme, si nous ne pouvons pas faire tout ce que nous voudrions pour les malades atteintes de cancer utérin, nous obtenons cependant de bons résultats, comparables pour le moins à ceux que les médecins obtiennent lorsqu'ils sont en présence de cancers internes, le cancer de l'estomac, par exemple.

M. Marchand. Il est certain que les opérations palliatives dirigées contre le cancer de l'utérus sont excellentes, ne fût-ce qu'au point de vue de la douleur qu'elles suppriment.

D'ailleurs, le principe même de l'utilité des opérations palliatives contre le cancer ne saurait être contesté, puisque tous les jours nous en trouvons des applications.

Il me suffira de vous rappeler la colotomie pour le cancer du rectum, la trachéotomie pour le cancer du larynx et beaucoup d'autres, plus graves assurément que celles que l'on pratique d'habitude sur le col utérin cancéreux.

Quant à la cure de ce cancer, elle est certainement possible, il y en a des exemples dans lesquels le diagnostic a été basé sur des examens histologiques très bien faits. M. Labbé vient d'en citer deux cas, j'en ai un cas personnel, et j'ai lu la relation d'un certain nombre d'autres.

Schrœder, de 1876 à 1884, a vu 22,200 malades atteints de maladies utérines ; sur ce nombre, 811 étaient atteintes de cancer utérin et 150 ont été opérées.

Tantôt, l'auteur a fait l'amputation vaginale ou sus-vaginale du col à l'aide du bistouri, qu'il préfère à tout autre instrument.

D'autres fois, il a fait l'ablation totale, soit par la paroi abdominale, soit par le vagin.

50 0/0 de ces cancers paraissent justiciables des opérations curatives, et il a réussi un certain nombre de fois que je regrette de ne pouvoir préciser davantage. D'une façon générale, toutefois, les

résultats n'ont pas été satisfaisants, surtout au point de vue de la récidive, puisqu'elle est survenue quelquefois très vite; mais il a pu revoir, au bout de quatre à cinq ans, des malades qu'il avait opérées, et qui étaient encore en très bonne santé.

M. Terrier. Tout le monde est d'accord que les ablations incomplètes de l'utérus donnent de bons résultats, et peuvent même quelquefois sauver les malades. Mais il faut reconnaître, lorsqu'on les compare avec les ablations totales, que, quel que soit le moyen d'exérèse employé, elles ne sont pas sans danger.

Dans ces conditions, il est permis d'espérer qu'un jour viendra où, grâce au progrès de la médecine opératoire, l'ablation totale et l'ablation partielle ne seront guère plus graves l'une que l'autre. Il va sans dire que ce jour-là l'ablation totale devra être l'opération de choix, toutes les fois que l'on se croira autorisé à tenter la cure radicale.

M. Championnière. Je voudrais que mes paroles ne fussent pas interprétées d'une façon toute différente de leur signification. Je n'ai pas dit qu'on ne devait pas opérer le cancer de l'utérus. L'opération doit selon moi emprunter ses indications aux douleurs vives, aux hémorragies, à certaines formes fongueuses.

Mais, lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer de l'utérus peu avancé, supportable dans ses manifestations, je crois qu'il y a avantage à ne pas intervenir.

Je n'ai vu, ni dans ma propre pratique, ni dans celle de mes collègues, des résultats encourageants comme ceux qu'on nous signale ici. La récidive vient vite; la marche du cancer m'a paru généralement accélérée. L'opération est beaucoup moins bénigne qu'on ne l'a dit. Je n'ai pas eu, moi, de cas de mort, mais on en a cité quelques-uns, ce qui est déjà beaucoup.

On ne peut pas non plus compter à l'avantage d'une malade la création d'une fistule vésico-vaginale qui jusqu'à l'heure de la mort est venue s'ajouter aux autres misères de la malade, comme on nous le disait l'autre jour ; c'est un désastre.

Les communications mêmes de nos collègues m'encouragent à dire que j'ai beaucoup plus de tendance à employer des moyens palliatifs, comme le fait M. Trélat, donnant une survie probablement plus longue et plus supportable.

L'incertitude du diagnostic chez beaucoup de malades encourage encore à cette pratique.

Si le diagnostic était plus certain, j'aurais beaucoup plus de tendance à l'opération radicale; j'ai beaucoup de répugnance à ac-

cepter systématiquement une opération qui n'est trop souvent que l'ablation d'un morceau de cancer.

M. Trélat. J'étais absent à la dernière séance, au moment où M. Gallard est venu nous faire sa communication. Si j'avais été là, j'aurais dit que, moi aussi, j'étais très partisan de l'anse galvanique pour amputer le col utérin, et j'aurais ajouté que je l'ai employée avant la guerre.

Demarquay était hostile à cet instrument, mais cela provient surtout de ce qu'il n'en connaissait pas bien la manœuvre.

Le cancer de l'utérus se présente au chirurgien dans les conditions les plus défavorables, qui ne se rencontrent pas à un même degré dans les autres cancers. Il est très rare qu'il puisse être diagnostiqué au début, sa limitation est toujours incertaine, sa marche est redoutable et les moyens que nous possédons pour le combattre sont particulièrement inefficaces.

Les opérations que nous pouvons pratiquer contre ce cancer sont d'autant plus dangereuses qu'elles sont plus puissantes : si vous n'y touchez pas, vous ne faites pas de mal, mais vous ne faites pas de bien non plus; si vous y touchez un peu, vous faites un peu de bien, mais votre intervention commence à devenir dangereuse ; si vous y touchez beaucoup, vous créez des dangers très redoutables, et encore est-il que vous ne pouvez jamais être sûr de faire une opération complète. Nous ne possédons, en effet, aucun procédé qui nous permette d'affirmer l'état des ganglions ; et le raisonnement qui consiste à dire : en enlevant tout l'organe j'enlève tout le mal, raisonnement qui s'applique parfaitement à certains cancers, au cancer de la mamelle, par exemple, n'est pas applicable au cancer de l'utérus.

Dans ces conditions, on trouvera toujours des chirurgiens qui, envisageant surtout la gravité du mal, enlèveront la totalité de l'utérus, et de temps à autre, très rarement, ces chirurgiens auront des guérisons; mais on en trouvera également qui, guidant leur conduite d'après les dangers de l'opération radicale, préféreront une opération partielle. Le nombre de leurs succès sera certainement moindre, mais la survie de leurs malades sera incomparablement plus considérable. Quelle est celle de ces deux conduites qu'il faut adopter, c'est là une affaire de sentiment, et il est bien difficile de poser des règles précises à cet égard. Il va sans dire, toutefois, que le nombre des chirurgiens partisans de l'opération radicale augmentera au fur et à mesure du perfectionnement des méthodes opératoires; actuellement, en France, c'est surtout la gravité de l'opération que nous envisageons, aussi en sommes-nous réduits à une bien triste thérapeutique en ce qui concerne le cancer utérin.

En ce moment, je donne des soins à une jeune femme de vingt-trois ans, qui a un cancer utérin. A force de soins, je lui ai donné pendant trois mois une apparence de guérison, et pendant cinq mois elle a eu une vie misérable, mais elle a vécu ; elle aurait eu beaucoup de chance de mourir plus tôt si j'avais enlevé tout l'utérus, et je ne puis affirmer qu'en lui faisant courir de semblables dangers, j'aurais pu arrêter la marche du cancer. J'ai en ce moment deux autres malades dans les mêmes conditions.

En ce qui concerne l'abaissement de l'utérus, temps à peu près indispensable pour enlever dans de bonnes conditions la totalité de l'utérus, je ferai remarquer que l'un des premiers effets du cancer est justement de rendre très difficile cet abaissement. J'ai souvent fait la remarque que le cancer augmentait la dureté de l'anneau vaginal qui lui est immédiatement accolé, et il m'est même arrivé de présumer le diagnostic de cette maladie par le seul fait de la difficulté avec laquelle j'ouvrais le spéculum introduit dans le fond du vagin.

M. Verneuil. Lorsque je trouve un cancer de l'utérus très limité, je me comporte comme avec le cancer de la lèvre placé dans les mêmes conditions, c'est-à-dire que j'en enlève autant que je puis et le plus rapidement possible.

Je reconnais que ce principe serait bien mieux appliqué si j'enlevais la totalité de l'utérus ; mais avant d'en arriver à cette extrémité, j'attendrai que l'opération ne me fasse pas perdre un malade sur deux.

Quant à la gravité de l'ablation partielle, il faut qu'elle soit bien minime, puisque je n'ai perdu que deux malades sur vingt. Encore est-il que l'une d'elles fit une imprudence, puisque le cinquième jour elle se leva, contre notre ordre, pour aller voir son amoureux à la porte de l'hôpital. Quant à l'autre, opérée à une époque où nous n'avions pas le pansement de Lister à notre disposition, elle a succombé à l'ouverture du cul-de-sac postérieur.

Quant à l'abaissement de l'utérus, je ferai remarquer qu'il est très facile d'amener cet organe sinon à la vulve, du moins très près de la vulve, tant que le vagin et les annexes ne sont pas envahis.

M. Polaillon. L'ablation d'un col cancéreux au début peut être aussi complète qu'on peut le désirer, puisque dans ces cas, ainsi qu'il m'a été donné de le constater de temps à autre, on trouve que la coupe a porté au delà du mal, en plein tissu normal.

L'ablation totale, en pareille circonstance, n'eût pas été plus radicale que l'ablation partielle, et elle eût été, quoi qu'on en dise, incomparablement plus grave.

Il est évident que dans le cas de cancer infiltré à tout l'organe, l'opération ne saurait être curative; mais est-il donc si facile de reconnaître cette infiltration? Et en admettant qu'on la reconnaisse, peut-on espérer que l'ablation totale soit plus radicale que l'ablation partielle ? J'en doute.

M. Terrier. Lorsque l'on enlève un col cancéreux, il est souvent impossible de dire si l'on a enlevé le tout ou une partie du mal. L'emploi du caustique, recommandé par M. Polaillon en pareille circonstance, montre bien que lui-même n'est pas sans avoir quelques doutes à cet égard.

En ce qui concerne l'opinion d'après laquelle le caustique agit sur le néoplasme plutôt que sur le tissu utérin, je croirais plutôt que c'est le contraire qui est la vérité.

Je n'ai pas nié la plus grande gravité de l'ablation totale; mais je prétends que l'ablation partielle, de son côté, n'est pas aussi bénigne que l'on pourrait le croire.

De la résection de l'extrémité terminale du nerf dentaire inférieur dans les névralgies rebelles de ce nerf.

Observations et remarques par M. Charles Monod.

La question de la résection des nerfs dans les névralgies rebelles est toujours à l'ordre du jour de notre société. C'est à ce titre que les deux observations suivantes m'ont paru dignes de vous être communiquées. J'y joindrai quelques remarques sur les divers procédés opératoires conseillés pour la cure des névralgies du dentaire inférieur et sur les raisons qui m'ont paru devoir me faire donner la préférence à celui que j'ai employé.

Voici d'abord mes observations.

Obs. I. — *Névralgie rebelle du dentaire inférieur droit. — Extension de la douleur aux autres nerfs de la face, tic douloureux. — Élongation du nerf dentaire inférieur par le procédé de Warren. — Guérison temporaire. — Récidive au bout de six mois. — Résection de toute l'extrémité terminale du nerf dentaire par trépanation de la branche horizontale du maxillaire inférieur et arrachement du nerf mentonnier. — Guérison constatée plus d'un an plus tard.*

G..., 54 ans, ancien officier, entre dans mon service, à l'hospice d'Ivry, au mois de juillet 1882. Père mort d'une cystite chronique; mère, d'un cancer du sein, à l'âge de 75 ans. Bonne santé habituelle; ni rhumatisme, ni paludisme. Syphilis à l'âge de 21 ans.

[1] Observation rédigée d'après les notes fournies par MM. Monnier et Didier, internes de service.

Dans la campagne de 1870-1871, une nuit qu'il couchait sous la tente, G... se réveille la figure couverte de neige. C'est alors qu'il eut sa première crise de névralgie dentaire, qui, depuis cette époque, a reparu tous les quatre à cinq mois.

Deux ans après, le 12 juillet 1872, il éprouve tout à coup, étant au lit, une douleur atroce dans la mâchoire inférieure droite et sur le bord de la langue du même côté. La souffrance dure six à sept heures, puis se calme. Trois mois après, nouvelle crise semblable. Ces crises vont en augmentant d'intensité et de fréquence.

En 1875, elles sont devenues presque continues, tant l'intervalle qui les sépare est court.

En 1877, G... a remarqué que la douleur a toujours son point de départ au niveau des molaires inférieures. Il se fait arracher une grosse molaire, saine, d'ailleurs. Pas d'amélioration.

En 1882, le 7 avril, le vendredi soir, au milieu d'une crise, avulsion de trois molaires et d'une canine. La douleur diminue progressivement et cesse complètement le lendemain. Aucune de ces dents n'etait gâtée.

Cette amélioration, qui semble être une guérison définitive, dure cinquante-quatre jours.

Au bout de ce temps, un matin, au lit, nouvelle crise de douleurs, plus violente que jamais. Elle se reproduit quelques jours après avec une intensité vraiment atroce.

Il est en cet état depuis quinze mois, lorsqu'il se présente à nous (juillet 1882). Les souffrances sont presque continues, exagérées par les moindres mouvements de la mâchoire, au point que la mastication et la parole sont devenues presque impossibles; elles sont, en effet, l'occasion de paroxysmes d'une intensité inouïe. La douleur part toujours du point qui correspond à la deuxième prémolaire; elle s'étend à tout le dentaire inférieur — foyer principal — puis gagne l'oreille et envahit toute la sphère du trijumeau du même côté.

La souffrance de l'oreille est particulièrement déchirante; elle s'accompagne d'une sensation bizarre, d'une sorte de claquement se produisant dans la profondeur du conduit auditif. « C'est comme quelque chose de collé qui se décolle, » dit-il.

Pendant la crise, le simple passage de la langue à la face interne de l'arcade dentaire cause une douleur intolérable, il lui semble que la langue frotte sur le nerf à nu. Dans l'intervalle des accès, ce point n'est pas sensible au toucher. La douleur s'accompagne d'une contraction pénible des muscles de la face (tic douloureux).

Tous les médicaments calmants ont été successivement employés. Le malade a surtout absorbé des doses colossales de morphine, d'atropine, de quinine et d'aconitine. Il use journellement encore de morphine en injections sous-cutanées. Il se fait lui-même ses piqûres, et il est difficile de dire combien il emploie par jour de ce médicament, du reste sans autre effet qu'une légère atténuation de la douleur.

Aussi accepte-t-il avec plaisir l'offre d'une opération capable de lui apporter quelque soulagement.

18 *juillet* 1882. — Opération. Chloroformisation. Incision en L, dont

la longue branche est parallèle au bord postérieur du maxillaire; la courte branche suit son bord inférieur jusqu'à la faciale. L'incision pénètre jusqu'à l'os. Le maxillaire est détaché et refoulé de bas en haut à l'aide d'un grattoir mousse. Le doigt parvient à sentir nettement le bord inférieur de l'échancrure sigmoïde. A un centimètre au-dessous de la partie la plus déclive de cette échancrure (j'avais auparavant déterminé à nouveau ce point sur le cadavre), j'applique la couronne d'un petit trépan. La lame n'est libre que sur une faible étendue (1 centimètre environ); je n'avance que progressivement et à petits coups, de façon à pouvoir m'arrêter dès que la sensation de résistance osseuse diminuera.

J'enlève avec une pince les fragments osseux qui restent au fond de la perforation. Le périoste de la face interne du maxillaire est déchiré avec un stylet. J'aperçois alors dans l'aire de la perforation, un peu en haut et en avant, le cordon vasculo-nerveux; le nerf est reconnu et chargé seul sur une aiguille mousse fortement courbée, puis reçu sur une sonde cannelée. Une forte traction est exercée. Le nerf est attiré hors de la plaie osseuse, le sommet de la courbe qu'il décrit à ce moment a dépassé de 5 millimètres au moins la face externe de l'os. Il est de plus écrasé sur l'instrument à l'aide d'une autre sonde cannelée.

Lavage phéniqué fort. Sutures. Tube. Pansement de Lister.

Deux heures après, le malade perçoit sa douleur névralgique comme avant l'opération. Il souffre de plus au niveau de la plaie. La sensibilité est conservée dans la région du menton et au niveau de l'arcade dentaire inférieure droite.

Le soir, il souffre surtout au niveau de la plaie. La déglutition est très douloureuse. Température 38°.

19 *juillet*. — Nuit assez bonne. La douleur de la plaie s'accentue; elle siège surtout à l'angle du maxillaire.

Le matin, température 37°,8; pouls 81.

La sensibilité a disparu dans la sphère du mentonnier. Toute la moitié droite de la lèvre est insensible.

Dans la soirée, la douleur locale est atroce. Le malade l'attribue, non sans raison, à la constriction trop grande exercée par les pièces du pansement. Le bandage est desserré. Le soulagement est immédiat. Température 39°,4 ; pouls 84.

20 *juillet*. — Nuit assez bonne. La douleur locale a cessé. Température 37°,4 ; pouls 76. La douleur névralgique est atténuée; elle ne persiste que sur le trajet du dentaire inférieur. La douleur de l'oreille et les élancements le long des branches supérieures du trijumeau ont disparu.

Pansement. Pas de tuméfaction ni douleur locale. Ablation d'un point de suture profonde.

22 *juillet*. — La douleur névralgique s'accentue, mais reste toujours bornée au dentaire inférieur ; l'insensibilité de la lèvre et du menton persiste. L'alimentation est très difficile, la déglutition est presque impossible, même pour les liquides.

23 *juillet.* — La douleur névralgique semble vouloir gagner de nouveau la joue, la douleur d'oreille est toujours absente.

Apyrexie complète.

24-27 *juillet.* — Les craintes d'hier ne se sont pas confirmées; au contraire, la douleur va progressivement en diminuant d'intensité, restant d'ailleurs toujours localisée sur le trajet du dentaire.

L'anesthésie persiste du côté droit de la lèvre et au niveau du trou mentonnier, sur une étendue très limitée (pièce de 20 centimètres).

28 *juillet.* — Pansement. Il n'y a pas de pus, mais il s'écoule par le tube et par l'extrémité inférieure de la plaie du sang épais noirâtre.

Douleur très tolérable.

4 *août.* — Pansement. Un peu de pus par le tube. Depuis quelques jours, la douleur névralgique diminue progressivement, elle disparaît par moments entièrement.

Elle est habituellement *comme voilée*, dit le malade.

7 *août.* — Pansement. Quelques gouttes de pus.

La *douleur a complètement disparu* depuis hier. Il n'y a plus qu'un peu de gêne pour ouvrir la bouche.

9 *août.* — Suppression du drain, aucune suppuration.

Les douleurs n'ont pas reparu. Le malade mange et dort bien.

11 *août.* — La plaie est complètement fermée. Il n'y a plus de douleurs. Le malade croit remarquer que la lèvre est un peu moins insensible.

On cesse tout pansement.

13 *août.* — Le malade sort de l'infirmerie, se considérant comme guéri de sa névralgie. La douleur n'a pas reparu depuis huit jours. La sensibilité de la lèvre inférieure droite a complètement disparu, les piqûres d'épingle ne sont pas senties.

Il mange bien, mais ouvre difficilement la bouche, l'écartement des arcades dentaires admet à peine le doigt.

19 *novembre.* — G... a eu, depuis le mois d'août dernier, de temps en temps quelques douleurs sur le trajet du dentaire, douleurs très tolérables, du reste. Les douleurs d'oreille, les douleurs de la joue, le tic douloureux, n'ont pas reparu. Aussi se félicite-t-il grandement de son état. Les régions parotidienne et maxillaire sont un peu aplaties, c'est le seul vestige qui reste de l'opération. La ligne cicatricielle est à peine visible, en partie cachée qu'elle est par sa barbe, peu abondante, du reste.

La mastication est difficile, tant à cause de l'absence de dents que d'un peu de douleur, ou plutôt de la crainte qu'éprouve le malade de la voir revenir. La sensibilité de la région du menton est obtuse, mais pas complètement abolie.

20 *novembre.* — Crise de coliques néphrétiques calmée par injections de morphine.

A la suite de cette crise, G... présente pendant quelques jours des signes de congestion cérébrale qui cèdent à des applications de sangsues aux mastoïdes et à un purgatif énergique.

Le surlendemain il se plaint de douleurs qu'exagèrent la pression au

niveau du point d'émergence du nasal interne droit, à la racine du nez, irradiant dans la moitié antérieure du crâne. Trois jours plus tard, il accuse des douleurs au niveau du trou mentonnier (27 novembre).

29 *novembre*. — Cette douleur s'accentue, élancements avec sensation de tiraillement revenant par crises, intervalles de calme parfois.

10 *décembre*. — La douleur paraît devoir tout d'abord céder à de simples injections de morphine; mais peu à peu elle s'établit avec la même intensité qu'avant l'opération faite en juillet dernier.

Mai 1883. — Le malade entre de nouveau à l'infirmerie, décidé à subir une opération nouvelle. Les crises douloureuses sont aussi pénibles que jamais. Elles ont toujours à peu près le même caractère. La douleur commence au niveau des premières molaires du côté droit, s'étend jusqu'au trou mentonnier et irradie par en haut jusqu'à l'oreille. Le point auriculaire qui avait disparu pendant un temps fort long a reparu. Il y a, de plus, un point sous-orbitaire qui n'existait pas autrefois. Les moindres mouvements de la mâchoire provoquent une crise.

L'élongation accompagnée de l'écrasement du nerf dans sa portion verticale et près de son origine ayant échoué, je me décide à l'attaquer cette fois dans sa portion horizontale, au niveau du point de départ des crises douloureuses.

Je veux essayer, au moyen d'une trépanation faite en arrière du trou mentonnier, de détruire l'extrémité terminale du nerf sur la plus grande étendue possible.

J'avais cette fois encore déterminé exactement, en répétant l'opération sur le cadavre, le point où devait être appliquée la couronne du trépan.

Le nerf dentaire, à partir de l'épine de Spix jusqu'au trou mentonnier, décrit une courbe à concavité supérieure dont le sommet est à 1 centimètre au-dessus du bord inférieur de la mâchoire. Une couronne de trépan appliquée à 1 centimètre au-dessus de ce bord et à 1 centimètre en arrière du trou mentonnier ouvre nécessairement le canal dentaire.

L'opération est pratiquée le 22 mai 1883. Une incision horizontale, pénétrant jusqu'à l'os, est conduite depuis le bord antérieur du masséter, en évitant la faciale, jusqu'à un travers de doigt en dehors de la ligne médiane. Une petite incision verticale tombant sur l'extrémité interne de la première permet de détacher et de relever un petit lambeau à base supérieure, comprenant toutes les parties molles et le périoste, et mettant par conséquent l'os largement à nu.

Le nerf mentonnier à sa sortie du trou du même nom est alors facilement découvert et dégagé. Il est pris dans une ligature qui permettra ultérieurement d'exercer sur lui les tractions nécessaires.

J'applique alors au point indiqué plus haut une couronne de trépan ayant 1 centimètre de diamètre, et à laquelle je ne donne que 2 à 3 millimètres de hauteur. Après quelques tâtonnements et après avoir enlevé avec la pince des parcelles osseuses détachées, j'ai sous les yeux une cavité arrondie, relativement profonde, incessamment rem-

plie par le sang qui s'écoule abondamment, et dans laquelle, par conséquent, je ne distingue rien tout d'abord. Il fallut établir pendant quelques instants une compression à l'aide de boulettes de ouate imbibée d'eau de Paglini. Je pus alors apercevoir un cordon blanc que je dégageai avec un stylet de Bowmann, et que je chargeai sans peine sur un petit crochet à strabisme.

Le nerf, amené au dehors, se rompit en s'étirant, mais un bout assez long correspondant à son extrémité centrale pendait hors de la cavité.

Au moyen du fil préalablement fixé sur le nerf mentonnier, j'exerçai sur celui-ci une traction qui entraîne tout le bout périphérique. Agissant ensuite sur le bout central, j'en arrache un fragment d'une longueur notable, évaluée sur l'heure à 3 ou 4 centimètres. Ce chiffre ne correspond pas certainement à la longueur réelle de la portion de nerf supprimée; il faut évidemment tenir compte de l'élongation que celui-ci a subie avant de céder à la traction. Toujours est-il que toute l'extrémité du nerf dentaire avait été détruite sur une étendue qui devait atteindre au moins 3 centimètres.

Les suites de l'opération furent des plus simples.

La plaie, lavée à l'eau phéniquée forte, drainée et fermée par des sutures en fil d'argent, se réunit par première intention. Je n'avais pas eu de ligature à faire ; la compression légère exercée par le pansement et les bandes qui le maintenaient avaient suffi pour arrêter tout écoulement sanguin.

Les phénomènes douloureux ne disparurent pas instantanément. Dans la nuit qui suivit l'operation une crise survint, qui dura environ une heure, mais elle fut d'intensité moyeune, et ne présentait pas les mêmes caractères que les crises antérieures. La douleur était continue, et ne procédait plus par élancements ; elle siégeait au niveau des molaires inférieures et n'irradiait pas vers l'oreille.

Le lendemain et le surlendemain (23 et 24 mai) pas de douleurs.

Le 3e jour (25) au moment où j'enlève les points de suture, nouvelle crise, mais courte.

A partir de ce jour, les douleurs deviennent de plus en plus rares, puis disparaissent complètement.

L'insensibilité de la lèvre inférieure et de la région du menton ne suivit pas non plus immédiatement l'intervention opératoire.

La sensibilité tactile explorée le lendemain et le surlendemain était diminuée, mais l'anesthésie était loin d'être complète. Le 4e jour celle-ci était plus prononcée, mais elle n'était absolue que dans un rayon de 2 centimètres, au niveau du trou meutonnier.

Ce malade a été suivi par moi très assidûment pendant un an, ce qui m'est facile, car il est pensionnaire à l'hospice des Incurables d'Ivry, et peut tous les jours venir me voir dans mon service.

Il est revenu en effet à deux ou trois reprises, alors que les douleurs semblaient devoir reparaître. Toutes les fois ce furent de fausses alertes. Je l'ai examiné ce matin encore (9 juillet 1884) plus d'un an après l'opération; la guérison se maintient. Il a encore par moment un

souvenir de ses anciennes souffrances, mais jamais de douleurs névralgiques vraies.

La sensibilité, obtuse dans toute la sphère de distribution du nerf mentonné, n'est cependant nulle part complètement abolie.

Obs. II[1]. — *Névralgie rebelle du dentaire inférieur droit. Extension du nerf sous-orbitaire. Résection de toute l'extrémité terminale du nerf dentaire par trépanation de la branche horizontale du maxillaire inférieur et arrachement du nerf mentonnier. Disparition immédiate des douleurs.*

La nommée B..., âgée de 79 ans, entrée le 1er avril 1884 dans le service de mon collègue le Dr Raymond, à Ivry, m'est présentée le 16 mai par M. Plicque, interne du service de médecine, qui veut bien me fournir sur la malade les renseignements suivants :

Aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Père et mère morts depuis longtemps sans jamais avoir éprouvé de douleurs névralgiques ou rhumatismales.

Quant à elle, elle n'a jamais été malade. Pas de syphilis appréciable, pas de fièvres intermittentes. Elle a seulement depuis 1876 un peu de conjonctivite. Elle aurait eu de plus, dit-elle, à plusieurs reprises des pertes de connaissance avec convulsion de la face et des yeux. Cependant la langue ne porte la trace d'aucune morsure.

La névralgie qui l'amène à l'infirmerie date de 3 ans. Elle siège dans la sphère du maxillaire inférieur et du sous-orbitaire.

La pression exercée au niveau du trou mentonnier détermine de violentes douleurs. Au niveau du trou sous-orbitaire la douleur provoquée est beaucoup moins considérable.

Il n'y a pas de point sus-orbitaire ni apophysaire.

Les pointes de feu, le sulfate de cuivre, à la dose de 20 centigrammes, n'amènent qu'une amélioration passagère. Le sulfate de quinine n'a produit aussi aucun effet.

Le 16 *mai*, la malade passe en chirurgie.

A ce moment, la malade est en proie à des souffrances continuelles, au milieu desquelles surviennent plusieurs fois dans la journée des crises douloureuses d'une extrême intensité.

Les injections de morphine seules permettent à la malade de prendre quelque repos.

Rien à noter du côté du cœur, poumons, reins.

Opération le 19 *mai*. Anesthésie chloroformique. Le trou mentonnier est mis à découvert à l'aide de deux incisions en forme d'L. La première verticale, plus courte, passe un peu en dehors de la symphise du menton ; l'autre, plus longue, horizontale, longe le bord inférieur du maxillaire inférieur jusqu'au bord antérieur du masséter, en respectant l'artère faciale.

[1] Observation rédigée d'après les notes fournies par M. Gautier, interne de service.

Le lambeau ainsi circonscrit est relevé ; le nerf mentonnier, facilement trouvé, est pris dans une ligature.

Sur la face externe du maxillaire, en arrière du trou mentonnier, application d'une couronne de trépan de 10 millimètres de diamètre, dont le centre, déterminé par la pointe du perforateur, correspond à un point situé environ à 1 centimètre du trou, à 8 millimètres du bord inférieur du maxillaire inférieur.

Au bout de quelques tours de roue un enfoncement subit annonce que l'instrument a pénétré dans le canal dentaire.

La couronne osseuse n'est pas retirée tout d'une pièce; il s'est fait des débris osseux qui sont extraits avec une pince.

Le sang, qui coule abondamment et remplit incessamment la petite cavité osseuse, empêche tout d'abord de rien voir.

Une compression légère avec des boulettes de ouate imbibée d'eau de Pagliari permet d'apercevoir par instants une partie plus blanche qui doit être le nerf.

Un petit crochet mousse de 6 millimètres introduit dans la direction de cette partie blanche ramène en dehors le nerf intact.

Il est pris dans un fil de soie, lié, et coupé en avant du nœud.

Une traction faite alors sur le fil qui tient le nerf mentonnier amène en dehors toute l'extrémité du nerf dentaire.

Une tentative est ensuite faite pour élonger le bout central, en exerçant une traction sur le fil qui le maintient. Mais il se brise court, au premier effort, un peu au delà du nœud.

Les deux tronçons mis bout à bout sur table mesurent 3 cent. 1/2.

Réunion de la plaie. Drain et pansement de Lister.

20 *mai*. La malade ne ressent aucune douleur névralgique. Elle se plaint seulement de quelques élancements au niveau de la plaie.

Pas de fièvre.

Une épingle promenée sur la peau du lambeau et sur la gencive inférieure du côté droit montre que la sensibilité est absolument abolie.

21 *mai*. La malade tousse un peu. Bronchite légère. Sirop diacode.

24 *mai*. 2 fils de l'incision verticale sont enlevés.

26 *mai*. Les 2 fils qui réunissaient l'extrémité droite de l'incision horizontale sont enlevés.

28 *mai*. Les 2 autres fils et le tube sont enlevés. La plaie est réunie.

29 *mai*. La malade souffre un peu dans la zone du sous-orbitaire, la pression en ce point est légèrement douloureuse.

Elle exagère d'ailleurs volontiers ses souffrances pour avoir une injection de morphine.

La douleur a complètement disparu à la lèvre inférieure et à la gencive correspondante.

5 *juin*. Plaie opératoire complètement guérie.

Pour contenter la malade on lui fait une injection d'eau distillée. A la suite de l'injection, elle a, dit-elle, passé une bonne nuit.

Depuis lors les injections sont supprimées, la malade dort très bien, l'appétit est excellent.

La douleur, très légère, n'existe plus qu'au niveau du trou sous-orbitaire.

25 *juin*. Même état. La douleur sous-orbitaire paraît aller en s'atténuant encore.

La malade, revue le 9 juillet, se déclare toujours absolument satisfaite.

Il m'a semblé qu'à des points de vue divers ces deux observations méritaient d'attirer votre attention.

La première d'entre elles, bien plus importante à mes yeux et plus démonstrative que la seconde, est d'abord un exemple de guérison, en apparence confirmée, vérifiée au moins à un an de distance, d'une névralgie rebelle à la suite d'une section nerveuse.

C'est à dessein que j'ai aussi longtemps différé de vous entretenir de ce fait. Trop souvent, en pareil cas, on s'est hâté de publier les observations de malades, soulagés il est vrai par l'opération qu'ils avaient subie, mais que l'on considérait à tort comme guéris. Au bout d'un temps variable, ordinairement moins d'un an, après une guérison apparente, le mal reparaissait avec la même intensité.

Je sais que le délai d'un an n'est pas lui-même suffisant pour donner une pleine sécurité; parfois ce n'est qu'au bout de 2 et même de 3 ans que la névralgie a repris son cours. On reconnaîtra cependant qu'un an de bien-être, dans une affection qui impose aux malades les tortures que vous savez, constitue un bénéfice qui n'est pas à dédaigner. Ce résultat, alors même qu'il ne serait pas permanent, justifierait toute intervention opératoire.

Je vous ferai remarquer ensuite que dans cette même observation j'avais eu d'abord recours à l'élongation du nerf, pratiquée au niveau de la branche montante. Cette première opération n'a donné qu'un soulagement momentané. La récidive au bout de six mois était complète.

L'élongation du nerf dentaire, dont on ne possède du reste que peu d'observations, n'a pas en général donné de bons résultats[1].

Il devait en être ainsi. En effet, pour que l'élongation soit efficace, il faut que la traction s'exerce avec une certaine énergie surtout qu'elle s'étende à une certaine distance de son point d'application. Or, dans la plupart des procédés conseillés pour la recherche du nerf dentaire, on n'arrive jusqu'à lui que par une voie étroite qui ne laisse pas à l'action mécanique toute la liberté et toute la latitude dont elle aurait besoin.

[1] Polaillon, *Bulletins et Mémoires de la Soc. de chirurgie*, 1881, p. 1882, p. 450; 1883, p. 83.

Il en est ainsi, par exemple, lorsque le nerf est mis à nu au fond d'une perforation faite dans le squelette du maxillaire. Il est clair qu'à travers l'étroite fenêtre faite à l'os il est difficile d'exercer, soit sur le bout périphérique, soit sur le bout central, une traction vraiment utile. Celle-ci, en effet, n'est pas directe puisqu'elle se fait sur un cordon nécessairement infléchi sur les bords de l'ouverture osseuse; son action ne peut donc pas s'étendre aussi loin qu'on doit le désirer.

Le procédé de Sonnenburg, employé et recommandé par notre collègue M. Sée[1], qui atteint le nerf par la face interne du maxillaire et par conséquent sans perforation de l'os, celui de Michel (de Nancy), qui le découvre par une incision intra-buccale, paraissent échapper au reproche que je vions de formuler. Mais ils ont cet autre défaut, que le nerf est difficilement accessible, que l'on a de la peine à le voir et à l'isoler, et que l'on doit dans ces conditions mal mesurer la traction que l'on exerce sur lui.

M. Sée a cependant obtenu chez son malade un plein succès qui ne paraît pas s'être démenti. Il semble l'attribuer à ce qu'il a pu agir sur le bout central du nerf, seul moyen en effet d'obtenir une action à distance sans laquelle, je le répète, l'élongation n'a pas d'effet utile.

Je suis tellement convaincu moi-même de la nécessité d'agir directement sur le bout central du nerf que l'on veut élonger, que je serais disposé à donner, à ce point de vue, la préférence au procédé plus radical employé par Credé (de Dresde) dans un cas communiqué par lui au 9e congrès de la Société allemande de chirurgie[2].

C'est à la base même du crâne que Credé est allé chercher le nerf dentaire, ou mieux le tronc du maxillaire inférieur. Mettant à découvert l'articulation temporo-maxillaire à l'aide d'une incision faite sur la région malaire qui limitait un lambeau à base inférieure, il luxa le condyle, gagna la face postérieure de l'os maxillaire supérieur et atteignit par cette voie la troisième branche du trijumeau à sa sortie du trou ovale. L'opéré guérit rapidement; la mâchoire au bout de trois mois avait repris presque toutes ses fonctions; à la même date les douleurs névralgiques demeuraient supprimées.

Je dois ajouter que Credé crut « en raison des troubles moteurs qui existaient dans la sphère de distribution de la troisième branche de la cinquième paire » devoir joindre à cette élongation

[1] Marc Sée, *Bullet. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 1881, t. VIII, p. 448.

[2] Credé, Compte rendu du Congrès (*Berlin. Klin. Wochenschrift*), 19 avril 1880, p. 235, et *Centralblatf f. Chirurgie*, 1880. Appendice, p. 11.

la résection d'une portion du nerf. Son observation ne peut donc compter comme un exemple d'élongation simple.

Il en fut de même dans les deux cas très brièvement rapportés par Hahn, à la même réunion, à propos de l'observation précédente. Il y eut ici encore à la fois élongation et résection du nerf maxillaire inférieur. La guérison se maintint pendant deux ans et demi dans le premier cas, pendant un an et demi dans le second.

En somme, je me vois forcé de reconnaître avec M. Chauvel [1] que la valeur de l'élongation dans les névralgies du dentaire inférieur est difficile à établir, tant à cause du petit nombre des observations publiées que de la complexité de certaines des opérations qui ont été pratiquées.

A l'observation de Credé, aux deux observations de Hahn, à celle de M. Polaillon, à celle de M. Sée, à celle encore de M. Longuet [2], dont je ne parle ici que pour mémoire, car certaines imperfections du manuel opératoire font qu'elle peut être tenue en dehors de la discussion, je ne puis ajouter aujourd'hui que la mienne, qui est un insuccès.

Je pourrais mentionner encore deux faits de Vogt [3], où des tractions ont été exercées sur le nerf mentonnier à sa sortie du trou de même nom. Dans l'un et l'autre cas, le résultat fut bon. Mais ces cas appartiennent plutôt à l'histoire des arrachements de l'extrémité terminale du nerf dentaire, sur lesquels nous aurons à revenir dans un instant.

Si donc nous ne tenons compte que des cas où l'élongation, et l'élongation seule, a été pratiquée sur le tronc du nerf dentaire inférieur, nous n'en trouvons qu'un seul, celui de M. Sée, où l'opération ait eu un plein succès. J'ai déjà dit quelle était à mes yeux la cause des échecs que M. Polaillon et moi nous avons essuyés. Et je conclus que l'élongation du dentaire inférieur doit se faire de préférence avant l'entrée du nerf dans le canal dentaire et par un procédé qui permette d'agir librement sur lui, en particulier sur son bout central. Celui de Sonnenburg, modifié suivant les indications de M. Chauvel, peut-être celui de Credé, s'il est bien établi qu'il ne compromet pas le jeu de l'articulation temporo-

[1] CHAUVEL, *Bullet. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 1883, t. IX, p. 82.

[2] LONGUET, *Bullet. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. IX, p. 78.

[3] Ces deux observations, rapportées dans le travail de Vogt (*Die Nervendehnung als operation der chirurgischen Praxis*, Leipzig, 1877), ont été citées en abrégé par M. Chauvel dans une revue critique sur l'Élongation des nerfs. (*Archiv. de médecine*, 1881, t. VIII, p. 83 et 89.) L'une d'elles est traduite *in extenso* dans la thèse inaugurale de Wiet. (Contrib. à l'étude de l'élongation des nerfs. (*Thèse de Paris*, 1881, p. 90.)

maxillaire, me paraissent pouvoir, à cet égard, être placés parmi les plus recommandables.

Les deux observations que je viens de vous lire, d'autres faits analogues réunis par Letiévant, montrent, du reste, que la résection du nerf donne peut-être pour le dentaire inférieur de meilleurs résultats que l'élongation.

Je n'ai pas l'intention de comparer entre eux ni d'apprécier les divers procédés de section et de résection du nerf dentaire. Je n'oublie pas que la question a été plus d'une fois portée devant vous et vous renvoie pour cette partie du sujet à l'intéressant rapport que nous lisait l'an dernier M. Chauvel et dont j'ai déjà fait mention plus haut.

Je veux me borner à vous montrer qu'à côté des diverses opérations, plus ou moins compliquées et plus ou moins heureuses, qui ont été proposées pour la découverte du tronc du nerf dentaire, il y a place pour une autre plus simple et, je le crois, non moins efficace, qui s'attaque exclusivement à son extrémité terminale.

Chez mon premier malade, lorsque la récidive se produisit, je fus frappé de cette circonstance que le point de départ de la douleur était aux environs du trou mentonnier. Je résolus, en raison de ce fait, de faire porter ma section sur ce point, plutôt que d'aller de nouveau à la recherche du tronc même du nerf. Je ne me contentai point cependant de réséquer le nerf mentonnier; je mis à découvert le dentaire lui-même par une trépanation faite en arrière du trou, et après l'avoir sectionné, j'arrachai toute son extrémité terminale par une traction faite sur la branche mentonnière. Le succès fut complet, et je vous rappelle qu'il ne s'est pas démenti depuis un an.

Dans ma seconde observation, me trouvant en face d'un cas semblable, avec douleur vive au niveau du trou mentonnier, encouragé par le résultat que je viens de dire, j'eus recours d'emblée à la même opération. La malade est actuellement guérie. Je fais cependant toutes réserves pour l'avenir, le cas étant tout récent.

L'idée que j'ai mise à exécution dans ces deux faits n'est pas nouvelle.

Déjà, en 1852, Jules Roux, dans son travail intitulé : *Névralgies faciales; résection des nerfs; procédés nouveaux*[1], avait préconisé entre autres, pour le nerf dentaire comme pour le sous-orbitaire, un procédé consistant dans la résection de l'extrémité du nerf et la destruction par cautérisation du bout central. Il enfonçait dans

[1] Jules Roux, *Union médicale*, 1852, p. 479 et suiv.

les canaux osseux aussi profondément que possible un cautère rougi à blanc. Il avait eu par ce moyen quelques succès. Il le considérait du reste comme ne devant être employé que d'une façon exceptionnelle et préférait découvrir le nerf plus en arrière en dessous de la dernière molaire, la cautérisation pouvant être en ce point plus étendue et plus profonde.

Le Dr Pontoire (de Clairvaux) [1], deux ans plus tard, publiait le récit d'un fait dans lequel il se loue d'avoir eu recours au procédé de Jules Roux.

Tout récemment enfin (1880), A. Brown (d'Islington) [2], sous ce titre : *Cas de névralgie faciale rebelle guérie par une nouvelle opération chirurgicale*, rapportait une observation où il s'est servi avec succès du même moyen. Il ignorait évidemment le travail de Jules Roux.

L'année qui suivit la publication du mémoire de ce dernier auteur, Sédillot [3] faisait connaître deux cas où, sous l'influence de la même idée que Jules Roux, mais pour être plus sûr d'atteindre toute l'extrémité terminale du nerf, il exécuta le procédé de Louis Beau [4]. Il trépana l'os maxillaire en arrière du trou mentonnier, de façon à pouvoir entraîner, par traction sur le nerf mentonnier préalablement mis à nu tout le bout périphérique du nerf dentaire.

C'est exactement le procédé auquel j'ai eu recours dans les deux faits que je vous communique aujourd'hui.

Bœckel [5], qui avait assisté à une des observations de Sédillot, la modifia sur un point ; il parvint à ouvrir le canal dentaire par la bouche sans faire d'incision à la peau.

Il se servit dans un cas du trépan ; dans l'autre, il préféra la gouge et le maillet.

Je crois que c'est se créer sans profit des difficultés d'exécution que de renoncer à l'incision cutanée, qui n'ajoute assurément aucune gravité à l'opération.

En somme, voici comment je crois que celle-ci doit être faite.

Incision à la peau, suivant le bord inférieur du maxillaire, depuis le bord antérieur du masséter jusqu'à un point situé un peu en dehors de la ligne médiane du menton. Le bistouri pénétrera

[1] Pontoire (de Clairvaux), *Union médicale*, 1854, p. 209.

[2] A. Brown (d'Islington), A severe case of facial neuralgia cured by a new surgical operation. (*British medical Journal*, 6 nov. 1880.)

[3] Sédillot, *Gazette des hôpitaux*, 1853, p. 424; 1854, p. 102.

[4] Le procédé de Louis Beau est exposé dans le travail cité plus haut, de Jules Roux, p. 491.

[5] Bœckel, *Gazette des hôpitaux*, 1865, p. 10.

du premier coup jusqu'à l'os, au voisinage même du masséter excepté, de façon à éviter si on le peut la section de la faciale.

Sur l'extrémité interne de cette première incision on en fera tomber une seconde verticale, qui s'arrêtera à deux ou trois centimètres du bord libre de la lèvre.

Le lambeau circonscrit par cette incision en L sera détaché de l'os et relevé.

Le trou mentonnier sera alors à découvert, on reconnaîtra facilement le nerf qui en sort. Celui-ci sera dégagé et saisi avec un fil.

On procédera ensuite à l'ouverture du canal dentaire en arrière du trou mentonnier. Cette ouverture devra être faite à un ou deux centimètres en dehors du trou. Il résulte de mes expériences sur le cadavre qu'à ce niveau le canal dentaire est à peu près exactement à un centimètre au-dessus du bord inférieur du maxillaire. On évaluera approximativement cette distance à l'œil, ou plus exactement avec un compas d'épaisseur, muni d'une tige graduée.

Dans mes deux observations je me suis servi, pour ouvrir le canal, d'une petite couronne de trépan, de un à deux centimètres de diamètre. On ne donnera tout d'abord que très peu de hauteur à la couronne, deux à trois millimètres au plus, pour éviter de pénétrer trop vite dans le canal et de couper le nerf.

Les dernières parcelles osseuses seront au besoin enlevées avec des pinces. J'ai eu très nettement dans un cas la sensation de résistance vaincue, m'indiquant que j'avais pénétré dans le canal.

On pourrait encore, à l'exemple de Bœckel, remplacer le trépan par la gouge et le maillet, avec lesquels il est peut-être possible d'agir plus prudemment encore.

La perforation osseuse faite, on est habituellement gêné par un écoulement sanguin abondant qui empêche de voir le nerf. Je suis toujours parvenu, après quelques moments de compression avec des boulettes imbibées d'eau de Pagliari, à arrêter momentanément cet écoulement. On aperçoit alors, ou mieux l'on entrevoit (car le sang reparaît bien vite), un cordon blanc qui ne peut être que le nerf.

Ce cordon est chargé sur un petit crochet et amené au dehors.

Il est saisi dans un fil et coupé en avant du nœud.

Une traction exercée sur le fil préalablement fixé sur le nerf mentonnier entraîne facilement en dehors toute l'extrémité terminale du nerf.

Le second fil placé sur le bout central du nerf sert à maintenir celui-ci en dehors. Il est prudent de faire de ce côté aussi une traction pour détruire le bout central sur la plus grande étendue

possible. On ne va habituellement pas loin en ce sens ; le nerf se brise court au premier effort.

La plaie, réunie par quelques points de suture, drainée, et pansée antiseptiquement, se réunit par première intention et laisse à peine de trace.

Dans les diverses observations que j'ai réunies, l'opération n'a pas toujours été conduite de cette façon. Mais toutes ces tentatives offrent du moins ce point commun que, par le fer ou par le feu, toute l'extrémité terminale du nerf a été détruite. C'est le point sur lequel j'insiste.

Quels sont les résultats fournis par ce procédé opératoire. Ils sont en somme encourageants. Sur 13 observations de ce genre que j'ai pu recueillir, je ne note que deux cas de récidive, et cela au bout de 17 mois (Wagner), et de 3 ans (Bœckel). Je me hâte d'ajouter cependant que dans la plupart des cas les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour que la guérison obtenue puisse être considérée comme permanente ; mais il en est ainsi malheureusement dans presque toutes les observations de sections nerveuses pour névralgie.

A ces faits je puis joindre les 2 observations de Vogt, où l'on pratiqua l'élongation du nerf dentaire par traction sur le nerf mentonnier dont il a été question plus haut.

A quelle cause peut-on attribuer ces heureux résultats ?

Je ferai remarquer tout d'abord que dans tous les cas la douleur était localisée à la portion alvéolaire du nerf dentaire, avec un maximum d'intensité au niveau du trou mentonnier, ou bien que débutant à ce niveau, elle s'étendait seulement ensuite à la portion centrale du nerf, parfois aux autres branches du trijumeau. C'est pour cette raison même que l'on a eu l'idée de limiter l'intervention en ce point. Sans doute, dans d'autres formes de névralgie moins manifestement périphérique, le résultat obtenu aurait pu être différent.

J'ajoute qu'en découvrant le nerf dans sa portion horizontale, il est toujours possible de le détruire sur une notable étendue, condition excellente et toujours recommandée dans les résections nerveuses.

Notons encore qu'en arrachant par traction sur le nerf mentonnier toute la portion terminale du nerf, on se met nécessairement en garde contre les régénérations précoces, par soudure des deux tronçons, qui sont, de l'avis de tous, la cause la plus fréquente des récidives.

Ne serait-ce pas à cette cause qu'il faudrait attribuer les résultats relativement heureux de la résection du nerf sous-orbitaire, sur

lesquels notre collègue M. Pozzi attirait récemment notre attention, toutes les fois que l'on a pris la précaution, comme le recommande M. Tillaux, après avoir mis à découvert le trou sous-orbitaire, d'arracher toute l'extrémité du nerf préalablement réséqué dans l'orbite [1].

Je ne puis m'empêcher de voir dans cette manœuvre, absolument comparable dans les deux cas, une bonne condition de réussite.

Je livre ce rapprochement à vos réflexions, sans y insister davantage.

Pour l'instant, je me contente de faits cliniques. Je me contente d'avoir attiré votre attention sur ce point, que la destruction de toute l'extrémité terminale du nerf dentaire donne dans certaines névralgies rebelles des résultats inespérés.

Je suis loin de vouloir soutenir que cette opération soit la seule à laquelle il faille désormais avoir recours, ni même, si vous le voulez, qu'elle doive avoir le pas sur toutes les autres; mais vous m'accorderez, du moins, qu'elle peut constituer dans quelques cas une ressource précieuse, et dans ces derniers temps peut-être trop oubliée.

[1] Pozzi, *Bullet. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 1882, t. VIII, p. 788.

TABLEAU.

NUMÉROS	NOM de l'auteur.	INDICATION bibliographique.	SEXE et âge.	SIÈGE de la névralgie.	DURÉE.	NATURE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT immédiat.	RÉSULTAT consécutif.
1	J. Roux décembre 1851.	Névralgies faciales. Résection des nerfs. Procédés nouveaux (*Union médicale*, 1852, p. 515).	H. 69 ans.	Trijumeau droit. Sous-orbitaire (point principal) Mentonnier. Auriculo-temporal. Frontal.	34 ans.	Résection simultanée des nerfs sous-orbitaire et mentonnier, avec destruction du bout central à l'aide d'un cautère rougi à blanc enfoncé dans le canal.	Élancements passagers sur le trajet des nerfs frontal et auriculo-temporal.	« Guérison complète » qui se maintient 8 mois après.
2	J. Roux mars 1852.	*Ibidem*, p. 518.	H. 70 ans.	Trijumeau droit. Mentonnier (point principal) Sous-orbitaire. Auriculo-temporal. Frontal.	22 ans.	Résection dans la même séance du mentonnier, puis du nerf dentaire derrière le trou mentonnier.	Soulagement immédiat. Quelques douleurs passagères sur d'autres nerfs.	« Guérison complète » constatée 6 mois après.
3	Sédillot 1853.	(Obs. recueillie par Cocbu), *Gazette des hôpitaux*. 1853, p. 424.	F. 43 ans.	Nerf dentaire inférieur gauche. Irradiations à la joue tempe, front.	2 ans.	Résection de toute l'extrémité du nerf dentaire à l'aide d'une trépanation faite à 3 centimètres en arrière du trou et traction sur le nerf mentonnier. Le tronçon mesure 4 centimètres.	Soulagement graduel, puis complet.	?
4	Sédillot 1854.	(Obs. recueillie par Bœckel), *Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 102.	F. 77 ans.	Dentaire inférieur droit Irradiations moitié droit de la langue.	9 ans.	Même opération, mais le nerf ne pouvant être reconnu dans le trou fait par le trépan, il est divisé par un crochet, puis arrache par traction sur le mentonnier. Cautérisation du bout central.	Douleurs les quatre premiers jours, puis soulagement complet.	3 mois après pas de récidive.
5	Pontoire (de Clairvaux) 1854.	*Union médicale*, 1854, p. 209.	H. 47 ans.	Nerf dentaire inférieur. Irradiations à la région sous-orbitaire et à la tempe.	plus de 4 ans.	Résection du mentonnier à sa sortie du trou et cautérisation du bout central dans le canal (Jules Roux).	Soulagement graduel; devient complet après la guérison de la plaie	3 mois après pas de récidive.
6	Bœckel 1863.	*Gazette des hôpitaux*, 1865, p. 10, et Faucon, Étude sur la valeur des résections nerveuses, *Thèse de Strasbourg*, 1869.	F. 69 ans.	Nerf dentaire inférieur gauche et lingual. Irradiations à toute la moitié gauche de la face.	4 ans.	Résection simultanee du lingual et de l'extrémité du nerf dentaire; ce dernier à l'aide de l'ouverture du canal, faite avec la gouge par la bouche. Arrachement d'un assez long bout, par traction sur le mentonnier.	Soulagement immédiat.	Au bout d'un an, retour de quelques accès. La névralgie aurait, d'après Faucon (tableaux, feuille I, n° 11), complètement récidivé au bout de 3 ans.
7	Bœckel 1864.	*Ibidem*.	F. 34 ans.	Trijumeau droit. Surtout mentonnier et lingual parfois le sous-orbitaire et l'auriculo-temporal.	9 ans.	Même opération (le canal est ouvert en arrière du trou avec un petit trépan au lieu de gouge).	Soulagement immédiat.	D'après Faucon, 13 ans après pas de récidive; 4 ans plus tard, cancer dans le larynx.
8	A. Wagner 1864.	Ueber nervösen Gesichtschmerzen und seine Behandlung durch Neurectomie, *Arch. Langenbeck*, 1869, t. XI, p. 102.	F. 38 ans.	Nerf dentaire inférieur droit. Nerf mentonnier (point principal). Extension à toute la joue au front.	5 ans.	Résection de toute l'extrémité du nerf dentaire (18 lignes) par résection à la scie de la table externe de l'os, ouverture du canal et section du nerf.	Soulagement très rapide (1 an après, résection du nerf sous-orbitaire).	Récidive 17 mois après.

NUMÉROS	NOM de l'auteur.	INDICATION bibliographique.	SEXE et âge.	SIÈGE de la névralgie.	DURÉE.	NATURE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT immédiat.	RÉSULTAT consécutif.
9	A. Wagner 1868.	*Ibidem*, p. 109.	F. 34 ans.	Nerf dentaire inférieur droit. Irradiations à l'oreille et à la joue.	3 ans.	Même opération, le tronçon enlevé mesure 1/2 pouce.	Soulagement graduel, puis complet.	Pas de récidive au bout de 7 mois.
10	Michel 1865.	Goux — des Causes de récidive des douleurs névralgiques à la suite des névrotomies (*Thèse de Strasbourg*, 1866), et Letiévant, *Sections nerveuses*, p. 278.	F. 56 ans.	Trijumeau droit. Langue et lèvre inférieures (points principaux). Irradiation à toute la moitié de la face.	9 ans.	Section du lingual — 4 jours après du buccal — 3 jours après du dentaire inférieur au sortir du canal.	Soulagement définitif après la troisième opération.	Guérison encore persistante 15 mois après.
11	A. Brown mai 1880.	*Brit. medic. Journ.*, 6 nov. 1880.	F. 56 ans.	Trijumeau droit. Nerf mentonnier, puis irradiations oreille, front, face, cou, bras, omoplate.	10 ans.	Mise à nu du tronc mentonnier. Destruction du bout central par stylet rougi enfoncé dans le trou.	Soulagement immédiat et complet.	6 mois après, pas de récidive.
12	Ch. Monod 1882 et 1883.	Obs. inédite.	H. 54 ans.	Trijumeau droit. Dentaire inférieur et nerf mentonnier (point principal). Irradiation à tout le côté droit de la face.	10 ans.	1° Élongation du tronc du nerf dentaire par le procédé de Warren (récidive 6 mois après) ; 2° Résection de toute l'extrémité terminale du nerf par trépanation du canal en arrière du trou mentonnier.	Soulagement graduel, puis complet après la deuxième opération.	Guérison constatée 11 mois plus tard.
13	Ch. Monod. 1884.	Obs. inédite.	F. 79 ans.	Trijumeau droit. Dentaire inférieur et nerf mentonnier (point principal). Sous-orbitaire.	3 ans.	Résection de toute l'extrémité du nerf dentaire par trépanation du canal en arrière du trou mentonnier.	Soulagement immédiat.	La malade n'est opérée que depuis 1 mois.

M. Polaillon. Je doute fort que l'opération proposée par M. Monod pour guérir les névralgies du dentaire inférieur puisse réussir dans tous les cas. Bonne pour les névralgies tout à fait périphériques, elle doit rester sans influence sur les névralgies dont la cause est placée en arrière du trou mentonnier.

Dans un cas où j'ai arraché le bout périphérique après l'avoir élongé, le résultat immédiat a été nul; mais, par la suite, la névralgie a diminué peu à peu, sans cependant disparaître jamais complètement.

M. Tillaux. Le point d'élection pour l'arrachement, l'élongation ou la résection du nerf dentaire, doit varier suivant l'origine de la névralgie à laquelle on se propose de remédier. Malheureusement, cette origine n'est pas toujours facile à préciser.

On peut cependant y arriver dans certaines circonstances, en s'informant du point de départ des douleurs de la névralgie. Quand c'est du trou mentonnier qu'elle part, il y a grand intérêt à faire porter l'incision au niveau de cet orifice, et à agir sur le nerf à sa sortie de l'os. Presque toujours, dans ce cas, on trouvera que le mal est causé par un petit névrome placé sur le trajet du nerf, et la guérison sera complète après son ablation.

Malheureusement, les choses ne se passent pas toujours ainsi, et l'on peut être obligé de remonter plus haut. C'est alors que l'on a le choix entre la méthode qui consiste à aller chercher le nerf par la bouche, au niveau de l'épine de Spix, ou bien à l'aborder en trépanant la branche montante.

Pendant longtemps, j'ai cru que la première de ces méthodes devait être préférée ; mais aujourd'hui, instruit par l'expérience, je préfère la seconde. Elle est infiniment plus simple et plus inoffensive. La recherche du nerf est infiniment plus facile, et la plaie

opératoire, de très petite étendue, ne laisse pour ainsi dire pas de trace.

Il est bon, toutefois, de renoncer au trépan pour ouvrir le canal dentaire ; le ciseau et le maillet sont préférables. Quant à l'ouverture de ce canal, on en est averti par l'apparition d'un petit jet de sang. Ce jet de sang résulte de la blessure de l'artère dentaire, vaisseau sans importance, et dont il n'y a pas lieu de tenir compte.

Il faut renoncer à faire l'élongation du nerf à ce niveau. La chose est impossible, en raison de sa fixité toute spéciale et qui résulte des prolongements nombreux qu'il envoie au niveau de toutes les dents.

M. Monod. Je suis de l'avis de M. Tillaux au sujet de la difficulté d'élonger le nerf dentaire inférieur, lorsqu'on l'aborde après trépanation de la branche montante, et je crois, comme lui, que cette trépanation doit être préférée à l'incision intra-buccale. Je ne me suis jamais servi du ciseau et du maillet pour ouvrir le canal dentaire, mais je conçois fort bien que l'on préfère ces instruments au trépan.

Toutefois, je persiste à croire que l'arrachement du nerf au niveau du trou mentonnier, ou un peu au-dessus, doit toujours être essayé de prime abord, et qu'il peut réussir, même dans les cas où il semble qu'il soit voué à un échec certain. Nous ne devons pas oublier, en effet, que la pathologie nerveuse nous ménage encore d'étranges surprises, et que nous sommes appelés, lorsqu'il s'agit des nerfs, à voir des faits en apparence contradictoires avec tout ce que nous enseigne la physiologie. Je n'en veux pour preuve que les deux curieuses observations de suture nerveuse que M. Tillaux communiquait dernièrement à l'Académie des sciences.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

J. Championnière.

Séance du 16 juillet 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° *Revue des sciences médicales*, 1er fascicule de la 24e année;

3° *De la compression du cœur par épanchement de sang dans le péricarde*, par le professeur Roye (de Berlin);

4° Une lettre de M. Closmadeuc, annonçant que la femme à laquelle il a pratiqué l'opération césarienne, et dont M. Richelot a entretenu la Société, dans la dernière séance, est aujourd'hui guérie. Du 14e jour la cicatrice est terminée, et l'enfant, du sexe masculin, est vigoureux.

L'incision a été faite sur la ligne blanche, la suture entortillée de la boutonnière abdominale comprenait le péritoine; un drain fut placé à la partie inférieure; lavage à l'eau phéniquée au centième, et pansement ouaté. La plaie utérine n'a pas été suturée;

5° M. Trélat dépose, pour le prix Duval, deux exemplaires de la thèse de M. le Dr Coudray, intitulée : *Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose.*

A propos des rapports de la grossesse et du traumatisme, par M. Larger. — Il s'agit d'une jeune dame, âgée de 27 ans, robuste et bien portante. Il y a un an environ, elle commença à s'apercevoir de l'existence d'une petite tumeur indolente du sein droit. Cette tumeur, qui, d'abord, augmentait très peu de volume, — au point de n'inquiéter ni la malade ni le médecin, — prit tout à coup, il y de cela 4 mois environ, un accroissement rapide, si bien que du volume d'un petit œuf, qu'elle avait à cette époque, elle a atteint aujourd'hui presque celui d'une tête d'adulte. Cet accroissement subit a coïncidé avec le début d'une grossesse dont la malade présente en ce moment encore tous les symptômes. Un chirurgien qui vit la malade, il y a une dizaine de jours, émit cette opinion que la tumeur était sans doute opérable, mais que l'état de grossesse contre-indiquait formellement une intervention chirurgicale.

Sur ces entrefaites, la jeune dame vint habiter la campagne, et je fus sollicité par son nouveau médecin à l'examiner. Le résultat de cet examen me conduisit à proposer l'ablation immédiate de la tumeur, contrairement à l'avis du premier chirurgien. Toutefois, en raison de la haute valeur de ce dernier, valeur que j'apprécie plus que personne, j'ai proposé à mes confrères de soumettre le cas à la Société de chirurgie, dont l'avis dictera ma conduite.

Voici, en quelques mots, la situation :

Nous nous trouvons en présence d'une tumeur ayant tous les caractères d'un encéphaloïde fortement vasculaire, énorme il est vrai, mais nettement limité à la glande, sans adhérence au grand pectoral, sans retentissement ganglionnaire ; en présence d'une tumeur qui a malheureusement subi une ponction il y a un mois et demi, ponction qui a laissé à sa suite une ulcération donnant lieu à des hémorragies nombreuses et abondantes qui se reproduiront à peu près certainement et qui menacent d'emporter la malade avant la fin de sa grossesse. Le tout, je le répète, chez une femme jeune, robuste, pleine de vie et de santé, enceinte de près de 4 mois, il est vrai. Si l'on opère, il y a beaucoup de chances d'avoir une récidive rapide, même dans la cicatrice, malgré la limitation apparente de la tumeur, sans parler du danger de l'hémorragie opératoire. L'avortement est sans doute possible, mais il est permis d'espérer qu'il ne se produira peut-être pas. A tout peser, l'opération présente les plus grands dangers, son résultat est entièrement problématique, et il paraît certain que le cas n'est pas précisément de ceux que l'on recherche, mais bien de ceux que l'on subit avec la conscience d'un devoir à accomplir.

Discussion.

M. Polaillon. J'ai une fois opéré avec plein succès, au cours d'une grossesse, une femme atteinte d'un cancer volumineux de la mamelle, qui récidiva un an plus tard.

M. Terrillon. J'ajouterai le cas suivant : chez une femme enceinte de 5 mois, j'ai fait une régularisation d'une plaie compliquée d'avant-bras, sans inconvénient et sans fausse couche.

M. Guéniot. Je crois que si la femme est saine, l'utérus sain, une opération est bien faisable sans avortement. J'ai vu beaucoup de faits confirmatifs de cet ordre.

M. Verneuil. Les cas d'urgence ont toujours été mis de côté dans mes discussions. Il s'agit de savoir quel est le degré d'urgence.

Dans les tumeurs du sein, en particulier, s'il s'agissait d'une tumeur bénigne, je conseillerais la temporisation. En présence d'un cancer qui marche, l'urgence survient.

Quelque saine que soit une femme, si la septicémie survenait, elle succomberait. Mais surtout je recommanderais une opération aussi antiseptique que possible, et particulièrement un pansement antiseptique ouvert, qui prévient le mieux la fièvre traumatique.

M. Trélat. En somme, ce n'est pas l'état tocologique de la femme qui fait juger; c'est l'urgence. Je pense que j'opérerais la malade.

Rapport.

Exostose éburnée du frontal remplissant la cavité orbitaire; ablation avec la gouge et le maillet; guérison avec conservation de l'œil et de la vue, par M. le Dr Badal, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Rapport par M. Chauvel.

Un simple coup d'œil jeté sur l'énorme tumeur osseuse enlevée de l'orbite par le Dr Badal suffit pour apprécier les difficultés et les dangers d'une opération de ce genre. Si intéressante est l'observation, que, n'était sa longueur, je vous eusse volontiers proposé de la publier en entier dans nos bulletins, en même temps que les sages réflexions qui l'accompagnent. Je crois cependant qu'il n'est pas impossible de la résumer, tout en conservant ses parties les plus importantes.

Un garçon vigoureux, âgé de 24 ans, charpentier, voit apparaître en 1880, vers l'angle supéro-interne du rebord orbitaire droit, une tumeur dure, indolente, qui, pendant deux années, progresse lentement, résiste à toutes les médications, et l'amène en définitive à la clinique du Dr Badal, en décembre 1882. A ce moment, un exophtalmos énorme avec épiphora et conjonctivite intenses, avec réduction de l'acuité visuelle à 1/3, diplopie, décoloration du disque optique, surtout une difformité intense, rendaient la situation critique. La tumeur, évidemment osseuse, remplissait entièrement l'orbite droite, comprimait le paquet musculo-nerveux oculaire et faisait au dehors une saillie de plus d'un centimètre. En l'absence de syphilis, de traumatismes, de douleurs locales vives, on ne pouvait songer qu'à un ostéome spontané, une exostose de croissance; mais l'impossibilité de contourner la production avec le doigt et même avec un stylet ne permettait pas de préciser son point d'implantation. Cependant, en se reportant à l'origine

habituelle de ces productions, à la gêne du passage de l'air par la narine droite, à la conformation normale de la région sus-orbitaire, notre confrère éloigna l'idée d'un envahissement des sinus frontaux et de la cavité cranienne, ce qui était une erreur. Il admit que le point de départ devait être, soit la paroi orbitaire supérieure, soit plus probablement l'os planum de l'ethmoïde.

Dans ces conditions, l'intervention lui parût indiquée par l'état de l'œil et par les menaces d'accidents cérébraux, mais il ne s'en dissimula ni les difficultés ni les dangers. Le 28 décembre 1882, après anesthésie, une incision transversale divisant la commissure interne des paupières et se prolongeant vers la racine du nez, met à nu la portion extra-orbitaire de l'exostose ; portions noueuses, dures et sans périoste. Impossible de passer un élévatoire entre la tumeur et la paroi orbitaire. Avec un perforateur, on s'assure de l'absence de toute cavité à son centre, c'est bien une exostose éburnée. A l'aide de la gouge et des ciseaux, M. *Badal* cherche alors à attaquer le tissu osseux, mais il lui faut une heure d'un travail des plus pénibles pour y creuser une tranchée de trois centimètres de profondeur. Un progrès est fait cependant ; le pédicule, ou plus exactement le point d'implantation de l'exostose, a pu être divisé sur la paroi orbitaire supérieure tout en respectant cette paroi.

Mais le temps pressait et la manœuvre de la gouge devenait de plus en plus difficile. M. *Badal* cherche à passer une scie à chaîne autour de la tumeur, il n'y peut parvenir. Enfin, il parvient à glisser la pointe d'un élévateur le long de la voûte orbitaire, ébranle la grosseur par une forte pression, et la saisissant avec de fortes pinces la détache complètement.

Vous voyez ici cette portion de la tumeur ; elle mesure en hauteur 35 millimètres, en profondeur 40, en largeur 60 millimètres. En tenant compte de la partie enlevée avec la gouge, le diamètre antéro-postérieur était donc de 70 millimètres. Une telle masse ne pouvait être contenue dans l'orbite. Elle présentait de multiples prolongements vers les cellules ethmoïdales, vers la fente sphénoïdale, la fente sphéno-maxillaire, la paroi orbitaire supérieure. Sa surface est irrégulière, mamelonnée, et ces multiples saillies se logeaient dans les cavités voisines, perforant ou écartant les parois osseuses de l'orbite.

D'un côté, la paroi interne fut largement arrachée. Mais, fait plus grave, notre confrère constata aisément un large trou du plafond de l'orbite où le doigt pouvait pénétrer. Le cerveau était à nu et un peu de matière cérébrale avait suivi l'ablation de la tumeur.

Ici encore la paroi avait été arrachée ou plus probablement était usée et perforée par un prolongement de la masse osseuse, bien avant l'opération.

Bornant là son intervention et négligeant la saillie laissée à la surface du frontal par la section des pédicules de l'exostose, M. *Badal* lave la cavité orbitaire, remet en place le globe oculaire, réunit la plaie extérieure et place un simple pansement ouaté. L'opération avait duré 1 heure 1/2 ; 150 grammes de chloroforme avaient été employés ; beaucoup de sang perdu, et le patient constamment mouillé par les irrigations orbitaires. Ainsi s'explique le développement d'une congestion pulmonaire intense qui dure jusqu'au 5e jour. Autrement pas de réaction locale, aucun trouble cérébral : du sang, puis de la sérosité purulente, s'écoulent par la narine droite.

Au 15e jour, la guérison est assurée. L'œil a recouvré une partie de ses mouvements, mais il existe une paralysie absolue de l'accommodation et l'acuité visuelle ne s'est pas relevée. Progressivement la situation s'améliore, la mydriase disparaît, et au bout d'une année, en janvier 1884, la diplopie et le larmoiement ont disparu presque complètement à leur tour.

« Je crois pouvoir dire, ajoute notre distingué confrère, que peu d'opérations de ce genre ont été suivies d'un succès plus complet. Lorsque je présentai le malade, après sa guérison, à la Société de médecine de Bordeaux, un de mes collègues me fit un reproche de n'avoir pas poursuivi la tumeur jusque dans le sinus frontal, de manière à prévenir plus sûrement une récidive. Mais on sait que ces exostoses s'accroissent uniquement par leur périphérie ; d'ailleurs rien n'indiquait que le sinus fût envahi ; rien non plus, depuis lors, ne permet de penser que la tumeur tende à se développer de ce côté.

« Je me fécilite de n'avoir pas, pour la vaine satisfaction de savoir si l'exostose faisait saillie dans le sinus frontal, ajouté un traumatisme de plus à ceux déjà considérables qu'avait nécessités l'extraction du corps de la tumeur.

« L'observation si instructive publiée par M. le professeur *Panas* (*Archiv. d'ophtalmologie*, juillet-août 1883) montre à quels dangers on s'expose en voulant, suivant le précepte de certains chirurgiens, pratiquer l'énucléation totale par une large ouverture faite aux parois du sinus frontal.

« L'exostose, chez le malade de M. *Panas*, comme chez le mien, s'était développée aux dépens de la paroi orbitaire du sinus frontal ; de là, elle avait gagné l'orbite, les fosses nasales et la cavité crânienne, en détruisant la table postérieure du sinus. Les saillies frontale et orbitaire purent seules être enlevées. Pour extirper la tumeur en totalité, il eût fallu ouvrir largement le crâne, détruire toute la voûte de l'orbite et enlever la masse latérale de l'ethmoïde. L'opérateur ne croit pas devoir pousser la témérité jusque-là. Le

malade succomba néanmoins le 6e jour, d'une méningite suppurée dont le point de départ était une phlébite des veines diploïques partant du sinus frontal.

« Au point de vue de la pathogénie des ostéomes de l'orbite, ce fait offre assez peu d'intérêt, l'opération n'ayant pas permis de constater d'une manière précise quels rapports affectait la tumeur avec les parois et la muqueuse du sinus. S'agit-il d'une véritable exostose sous-périostée succédant à une ostéite ou à une périostite, ou bien de cette forme d'hypergenèse du diploé que *Virchow* considère comme un phénomène normal de l'évolution des os dans le jeune âge, à l'époque où les sinus de la face acquièrent leur principal développement ? C'est ce que je ne saurais dire. »

Sans être excessivement rares, les exostoses de l'orbite ne sont pas très communes, puisque *Berlin*, dans sa monographie si complète publiée il y a quelques années, n'a pu en réunir qu'une cinquantaine d'observations authentiques. Les mêmes faits nous ont servi pour tracer l'histoire de cette affection (article ORBITE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, t. XVI, 1881). Depuis cette époque, quelques observations ont été publiées. Elles ont confirmé les notions acquises sans y rien ajouter de nouveau, surtout en ce qui concerne l'étiologie et le pronostic de ces tumeurs osseuses. Actuellement encore, la conduite à suivre en présence d'une exostose volumineuse des parois orbitaires est matière à discussion.

Bien que *Berlin* ait démontré que les tentatives d'extirpation des ostéomes nés dans la paroi orbitaire supérieure entraînent de très grands dangers, puisque la mortalité s'élève à 38 0/0 environ, peu de chirurgiens ont accepté le principe de non-intervention posé par cet auteur. Pour nous, l'abstention, malgré l'impossibilité de préciser d'avance les rapports de l'exostose, ne saurait être admise comme règle générale. Il ne suffit pas, en effet, de montrer la gravité d'une opération pour se croire en droit de les rejeter ; il faut prouver que cette intervention n'est pas rendue nécessaire par les dangers qu'entraîne la marche naturelle de l'affection. Si la conservation de l'œil n'est pas pour certains chirurgiens chose assez importante pour autoriser l'action chirurgicale, les tentatives d'ablation, d'autres pensent avec M. *Badal* que la difformité repoussante, les troubles de la vision, les dangers d'une destruction complète de l'organe, sont des raisons légitimes pour intervenir. Peut-être, en raison de la mortalité considérable relevée par *Berlin*, cette indication ne paraîtra pas suffisante. Mais l'oculiste allemand a laissé dans l'ombre un côté bien plus important du problème, celui de la terminaison naturelle de la maladie et des dangers qu'elle entraîne.

Que deviendra le malade si l'exostose abandonnée à elle-même continue de s'accroître et envahit en même temps que les sinus frontaux et les fosses nasales, la cavité cranienne? Combien de mois, combien d'années, les patients peuvent-ils vivre avec de pareilles tumeurs? Évidemment, plus ces productions s'accroissent, plus grand devient le danger de les attaquer, plus difficiles et plus pénibles les opérations. Si dans quelques cas rares elles se sont détachées spontanément et par le fait même de leur accroissement, c'est une heureuse chance sur laquelle on ne saurait compter. Dans le fait de M. *Badal*, les connexions de la tumeur ne permettaient pas une élimination spontanée. Nous croyons donc avec notre collègue que dans l'impossibilité habituelle de déterminer les rapports exacts et le point d'implantation de l'exostose, l'absence de tout signe de lésion actuelle du cerveau et de ses enveloppes suffit pour autoriser l'intervention. Attendre, c'est compromettre davantage la vie du patient.

Je n'ai que peu à dire de l'opération elle-même. Conduite avec la plus grande prudence, elle fait honneur au chirurgien. M. *Badal* s'est d'abord assuré avec un perforateur qu'il avait réellement affaire à une exostose éburnée, sans cavité intérieure ;puis, ne pouvant introduire un instrument entre la tumeur et la paroi orbitaire, il attaque sa partie antérieure avec la gouge et le maillet, travail des plus pénibles, mais qui met à jour le point d'implantation de la production osseuse et rend possible de sectionner cette attache avec le ciseau. Après d'inutiles tentatives pour passer une scie à chaîne en arrière de l'exostose, notre confrère parvient, à l'aide d'un élévateur agissant comme levier, à mobiliser la masse, qu'il extrait enfin avec de fortes pinces. La voûte orbitaire est largement perforée, le crâne est ouvert, les méninges déchirées, le cerveau mis à jour. Dans ces conditions, il eut été imprudent de reprendre le ciseau pour aplanir le point d'implantation de l'exostose. M. *Badal* sut s'arrêter à temps et nous ne pouvons que l'en féliciter, puisque les suites de l'opération ont été des plus simples, et que le malade a complètement et définitivement guéri.

Mais, si nous approuvons dans ce cas particulier la conduite de notre confrère, nous ne croyons pas avec lui qu'il y ait constamment de graves dangers à pratiquer l'énucléation totale par une large ouverture faite aux parois du sinus frontal. Pendant une heure, M. *Badal* a laborieusement travaillé avec la gouge et le maillet pour n'enlever que quelques parcelles osseuses. S'il avait pu mobiliser la tumeur en attaquant avec prudence la paroi de l'orbite pour se faire une voie, l'opération en eût été rendue plus aisée sans en devenir plus dangereuse. Pour moi, avant d'exercer des pressions violentes, des tractions énergiques sur l'exostose, je

tenterais de la libérer de tous les côtés aisément accessibles. Personne, j'imagine, ne conseillerait de porter le ciseau derrière la tumeur pour détruire de ce côté ses connections osseuses, et semblable conduite est, au reste, d'habitude matériellement impossible; mais l'examen de ces productions, et cette disposition est très nette sur la pièce de M. *Badal*, montre la présence de prolongements, de bosselures qui, attachées à la masse principale par un collet plus étroit, s'épanouissent, en quelque sorte, dans les cavités voisines. Il en résulte que, bien que leurs adhérences périphériques soient d'habitude peu nombreuses et peu solides, leur extraction ne peut se faire sans un agrandissement des perforations osseuses, des trous qui donnent passage à ces prolongements. Que ces élargissements soient faits avec le ciseau et par la main du chirurgien, ils seront, je le crois, plus nettement limités, moins dangereux que les fractures, les délabrements que peut entraîner la mobilisation et l'arrachement de l'exostose. Il peut même arriver qu'une fois la voie ouverte, et j'ai entendu dire que M. le professeur *Verneuil* avait dans sa pratique un fait de ce genre, la production osseuse se détache plus tard spontanément, ou du moins par un effort très léger.

Messieurs, je vous propose, en raison de l'intérêt du fait qui nous est communiqué par M. le professeur *Badal* : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° d'inscrire notre distingué confrère, dans un rang honorable, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société.

Discussion.

M. Berger. Le fait de M. *Badal* est intéressant. Le diagnostic de ces ostéomes est quelquefois très difficile. Il est sage de faire des perforations sur les tumeurs pour apprécier leur consistance. Chez un de mes malades, l'aspect était le même que dans le cas qu'on vient de nous rapporter, et la dureté étant grande, j'ai cru avoir affaire à un de ces ostéomes. J'ai cherché à appliquer la méthode générale d'extirpation de ces tumeurs, c'est-à-dire la création d'une large voie. Je fus d'abord étonné de ne pas voir de perforation de la paroi, et j'attaquai le maxillaire lui-même. Bientôt je vis que j'avais affaire à un kyste osseux qui se fragmenta. Le malade guérit rapidement, en conservant à peu près les mouvements de l'œil. Mais la tumeur était un véritable sarcome réduit à la paroi. Vu la lenteur de marche et la dureté, l'erreur de diagnostic était inévitable et mérite d'être signalée.

M. Monod demande à M. Berger l'âge du malade (21 ans), parce

que les sarcomes guérissent rarement aussi bien. J'ai vu une malade de M. Rouge, chez laquelle une paroi osseuse continue à s'épaissir après l'opération, quoiqu'il n'y ait pas de récidive sarcomateuse, à proprement parler, mais une hypertrophie naturelle de la paroi.

M. Chauvel. J'ai insisté sur deux points : sur la valeur de l'opération d'abord, dont on a accusé la gravité. Il s'agit de savoir s'il y a pour le malade chance de survie ou de guérison, et si l'opération n'est pas suivie de récidive. J'ai insisté aussi sur l'utilité d'une opération large.

M. Verneuil. Le fait qui m'est personnel est, en général, mal rapporté. J'ai vu une exostose que je croyais insérée dans le sinus frontal. J'ai cru avoir coupé le pédicule de la tumeur, j'avais coupé la tumeur par moitié; la seconde moitié fut expulsée spontanément, ce que je n'ai su qu'après la publication de l'opération. Aussi, je suis d'avis que ces opérations doivent être larges, enlever toute la paroi antérieure. Du reste, c'est une excellente opération.

M. Chauvel. M. Badal dit avoir coupé le point d'implantation de la tumeur. Il est possible que son observation soit analogue à celle de M. Verneuil, la suite le démontrera.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont adoptées.

Opération d'hystérectomie par M. Terrier.

Fibromes utérins. Kyste suppuré du ligament large. Hystérectomie. Guérison. (Observation recueillie par H. Hartmann, interne du service.)

Lhomme, 45 ans, couturière, entre le 9 juillet 1883 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 23, pour une tumeur abdominale.

Réglée à 11 ans, elle a toujours été régulièrement menstruée. A l'âge de 21 ans, elle a eu un enfant venu à terme; mais accouchée au forceps, elle a mis 3 mois à se remettre. Depuis 2 ans environ, les règles avancent de 5 à 7 jours. Cette malade, veuve depuis 14 mois, a été obligée pendant la dernière année de son mariage, de s'abstenir de tout rapport sexuel, à cause de douleurs vives qui survenaient pendant le coït.

Depuis un an, elle a des métrorragies presque continuelles, durant 12 à 14 jours, et reparaissant 15 jours après. Pendant ces pertes, qui, souvent, contiennent des caillots, il lui arrive fréquemment de ressentir des douleurs semblables à celles de l'enfantement.

Il y a 3 mois, quelques jours après la fin des règles, elle fut prise

tout à coup de vomissements, de maux de reins et de douleurs de ventre comme si elle allait accoucher. Elle fit venir le surlendemain un médecin, qui lui dit qu'elle avait une tumeur fibreuse. Au bout de 6 semaines de repos chez elle, voyant que son état restait le même, elle entra le 22 juin à la Charité, dans le service de M. Desprès, qui nous l'envoie à Bichat.

Bonne santé habituelle. Pas de maladie grave antérieure. Névropathe; sujette à des migraines tous les soirs, au moment ou après la période menstruelle.

La mère est morte subitement il y a 2 ans, âgée de 72 ans. Son père est actuellement vivant, âgé de 78 ans. Ses frères et sœurs sont bien portants.

La malade est laissée pendant quelque temps au repos absolu au lit.

20 *août.* — Les douleurs se sont calmées par le repos. 15 jours après son entrée, les règles sont venues et ont duré 8 jours.

Le ventre est développé, surtout dans sa partie inférieure et à gauche. Aucune altération de la peau. Au palper, on sent une tumeur dure, arrondie, lisse, du volume d'une tête de fœtus, occupant la fosse iliaque gauche, le flanc correspondant, s'avançant presque jusqu'à l'hypochondre. Vers la ligne médiane, cette tumeur se confond avec une autre de forme arrondie, s'étendant à la partie inférieure droite de la région ombilicale. Ces deux tumeurs sont indolentes, mobiles ensemble latéralement dans une petite étendue. Au-dessus de l'arcade crurale du côté droit, allant jusqu'à la tumeur médiane, on trouve une tumeur très douloureuse, du volume d'un œuf. Matité ou submatité au niveau de ces tumeurs. La matité hépatique est de 4 travers de doigt, 1 1/2 au-dessus, et 2 1/2 au-dessous du mamelon. Le flanc gauche est mat jusqu'à sa partie la plus postérieure. Pas d'ascite appréciable. La circonférence ombilicale est de 94 centimètres; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, il y a 20 centimètres; à l'épine iliaque droite, 17 centimètres; à l'appendice xiphoïde, 15 centimètres; au pubis, 17 centimètres. Au toucher, le col élevé regarde un peu en arrière; il est peu mobile, un peu bosselé, et semble faire corps avec les tumeurs abdominales. A gauche et en avant du col, on trouve une tumeur dure, immobile, douloureuse.

La malade se plaint d'être en proie, d'une façon irrégulière, pendant le jour ou la nuit, à des crises douloureuses, revenant plusieurs fois par jour, et pendant lesquelles elle ressent au niveau du bas-ventre des élancements qu'elle compare à des coups de canif. Presque constamment elle a une sensation douloureuse au niveau de l'aîne droite. Pas de douleurs dans les membres inférieurs. Pas d'œdème. Quelques varicosités. Pas de troubles de la miction. 1,700 grammes d'urine de couleur citrine, trouble, neutre, de densité = 1,011, ne contenant pas de sucre, mais renfermant des traces d'albumine; 7 grammes d'urée par litre; 0gr,781 d'acide phosphorique. Depuis 3 mois, amaigrissement considérable; cependant le faciès est encore bon. La malade vomit presque tout ce qu'elle mange, 10 minutes environ après l'ingestion des

aliments, bien que les aliments lui fassent envie. Constipation habituelle depuis 3 mois, plus forte depuis 1 mois. État névropathique des plus marqués.

La courbe de la température, prise matin et soir, est assez régulière, à grandes oscillations de 37° le matin à 38°,8, 39° et même 40° le soir.

3 *septembre*. — Les règles, qui sont apparues il y a 8 jours, ont cessé hier, mais la malade expulse encore de temps à autre de petits caillots. Ce matin, un quart d'heure après avoir pris un lavement comme à l'ordinaire, elle a éprouvé des douleurs très vives dans l'hypogastre; cependant selle régulière à la suite. Vers 1 heure 1/2 de l'après-midi, les douleurs sont revenues ; puis un frisson intense, avec claquement de dents, durant 2 heures environ. 75 centigrammes de sulfate de quinine. Cataplasmes.

5 *septembre*. — Les accidents se sont calmés.

11 *octobre*. — Pendant la visite, frisson intense, avec claquement de dents. Température axillaire pendant le frisson : 38°,6. Ces jours derniers, la malade a vomi à diverses reprises.

1er *novembre*. — Depuis l'entrée de la malade, l'état est resté à peu près le même. L'amaigrissement a fait quelques progrès. La courbe de la température décrit toujours de grandes oscillations. 5 à 6 fois par jour surviennent des crises douloureuses qui siègent surtout au-dessus de l'arcade crurale droite. C'est ordinairement après des crises douloureuses plus intenses que surviennent les élévations de température les plus considérables.

Au palper, on sent toujours une tumeur arrondie à gauche avec une autre plus petite contiguë, sur la ligne médiane. Au-dessus de l'arcade crurale droite, on trouve une autre tumeur plus mal limitée, se confondant avec les premières, mais paraissant moins mobile. Au toucher, le col paraît en place peu mobile, indolent. Dans le cul-de-sac droit, on sent la tumeur située au-dessus de l'arcade crurale. On se transmet au doigt les mouvements qu'imprime la main à la tumeur. De plus, on constate à ce niveau, des battements artériels qu'on ne retrouve pas du côté opposé. Cette tumeur est douloureuse au palper. La grosse tumeur, au contraire, est indolente ; les mouvements qu'on lui imprime se transmettent très facilement au col de l'utérus et retentissent douloureusement dans la tumeur située au-dessus de l'arcade crurale.

La circonférence ombilicale mesure 84 centimètres, de l'ombilic au pubis 17 centimètres, à l'appendice xiphoïde 15 centimètres, à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche 19 centimètres 5, à la droite 17 centimètres.

Léger œdème des membres inférieurs, surtout à gauche.

Rien à l'auscultation des poumons.

La malade ne mange que des potages; si elle prend quelque chose de plus, elle vomit.

Après ce nouvel examen, le diagnostic, jusqu'alors un peu flottant, est fixé. A gauche, fibromes utérins; à droite, poche kystique suppurée incluse dans le ligament large.

2 *novembre*. — Une ponction est faite dans la tumeur située au-dessus de l'arcade crurale avec l'aspirateur Dieulafoy. On retire un verre de pus laiteux. Au microscope, le liquide contient un grand nombre de leucocytes, des masses arrondies, très granuleuses, ayant 3 à 4 fois le volume d'un leucocyte; quelques cellules épithéliales polyédriques à contenu granuleux, sans noyau appréciable, se colorant mieux que les leucocytes par le carmin.

4 *novembre*. — Quelques élancements au niveau de la grosse tumeur du côté gauche.

Du 10 au 15 novembre. — De temps à autre, petits frissons, douleurs vagues dans les poignets, les épaules.

27 *novembre* 1883. — *Opération*. Avec l'aide de mes collègues MM. Perier, J. Championnière et Ch. Perier. Le Dr Fauvel (du Havre) et Albertini (de la Havane) assistent à l'opération.

Depuis longtemps habituée aux injections sous-cutanées de morphine, la malade résiste un peu au chloroforme et est assez longue à endormir. L'ouverture de la cavité péritonéale est facile et rapide; il se présente une masse d'épiploon qui est refoulée en haut, puis l'orifice est agrandi en haut et en bas avec des ciseaux mousses. La plaie saigne, d'où la nécessité de nombreuses pinces à pression. La main, introduite dans la cavité abdominale, fait facilement basculer une tumeur située à l'angle supéro-externe droit de l'utérus; amenée au dehors, cette masse, du volume du poing, présente une large base qu'on traverse par 2 broches en croix et qu'on serre par une anse de fil de fer, maintenu sous les broches à l'aide du ligateur Cintrat.

La main, réintroduite dans le ventre, amène au dehors une seconde tumeur, du volume d'un œuf de dinde, pédiculisée sur le bord externe et gauche de l'utérus, vers le ligament de l'ovaire de ce côté. Cette tumeur est liée par deux fils de soie passés à travers son pédicule et entrecroisés. On la sectionne ensuite et on l'enlève.

A droite, il existe une tumeur, du volume d'une tête d'adulte, répondant en dedans au bord droit de l'utérus et en dehors à l'excavation. Cette tumeur, fluctuante, est recouverte par une épaisse couche de tissu musculaire, qui n'est autre que la lame antérieure du ligament large droit. En résumé, le kyste est dans le dédoublement du ligament large droit.

Ponctionnée en avant, près du bord externe, avec le trocart de moyen calibre (modèle Mariaud), on retire, grâce à l'aspiration, 1/4 de litre de liquide nettement purulent. Le trocart est laissé en place pour obstruer l'ouverture faite au kyste et éviter l'écoulement du pus. Retournant à gauche, pour éviter tout pédicule externe, on excise le fibrome à la base duquel on avait placé deux broches et une anse, en serrant vigoureusement cette anse métallique. Le tissu utérin saigne et quatre pinces sont placées sur des vaisseaux artériels; puis ce bord est suturé avec du catgut, qu'on passe avec l'aiguille de Reverdin. Quelques sutures déchirent les lèvres de la plaie et doivent être replacées plus profondément. L'utérus et ses deux pédicules suturés sont abandonnés dans l'abdomen après s'être assuré que l'hémostase est parfaite.

Il faut alors s'occuper du kyste droit et on place des sutures entre la paroi abdominale et celle du kyste, de façon à maintenir ouverte la cavité du kyste. Sept sutures d'argent sont ainsi placées. La grande cavité abdominale est fermée par huit sutures profondes et deux superficielles, et la dernière suture de la paroi comprend aussi la paroi kystique, de façon à la bien maintenir contre la paroi abdominale. Un gros drain est placé dans le kyste, il y pénètre de 14 centimètres.

Pansement de Lister complet. L'opération a duré une heure et demie.

Les parties solides enlevées pèsent 620 grammes. Elles se composent de trois parties : un fibrome du volume d'une petite pomme très dure criant sous le scalpel ; une autre masse un peu plus volumineuse formée par la réunion de plusieurs fibromes ; enfin, une masse de la largeur et de la forme d'une pièce de cinq francs, mais beaucoup plus épaisse, constituée par le pédicule recoupé.

27 *novembre, soir.* 36°,6 ; 90 pulsations ; 28 respirations. 1 piqûre de morphine en 2 fois ; le soir, à 8 heures, 1 piqûre d'éther.

28 *novembre.* 36°,8 ; 90 pulsations ; 26 respirations, le matin ; 37°,8 ; 98 pulsations ; 22 respirations, le soir. Pendant toute la nuit la malade a vomi presque constamment. Glace, rhum ; 3 piqûres de morphine. De 7 heures du matin à midi, les vomissements ont cessé ; mais ils ont recommencé de midi à 4 heures du soir.

29 *novembre.* 37°,4 ; 88 pulsations ; 20 respirations, le matin ; 37°,6 ; 88 pulsations ; 22 respirations, le soir. La malade a dormi un peu, soif vive. 3 piqûres de morphine. Pansement.

30 *novembre.* 37°,8 ; 88 pulsations ; 20 respirations, le matin ; 38°,2 ; 92 pulsations ; 24 respirations, le soir. 2 verres de lait glacé, champagne, rhum.

1er *décembre.* 38°,4 ; 92 pulsations ; 22 respirations, le matin ; 38°,6 ; 94 pulsations ; 32 respirations, le soir. Pansement. On enlève 2 fils superficiels.

2 *décembre.* 37°,5 ; 96 pulsations ; 26 respirations, le matin ; 38°,7, le soir. Pansement. On enlève 2 fils profonds.

A partir de ce moment, la malade a été assez bien ; la courbe de la température a été assez irrégulière pendant tout le mois de décembre, oscillant entre 37°,3 et 38°,5, avec quelques ascensions de temps à autre, jusqu'à 39 et 39°,4 ; ces points culminants de la courbe se montrent tou jours le soir.

10 *décembre.* La cicatrice est linéaire, rosée ; on trouve à sa partie inférieure un orifice donnant lieu à un écoulement purulent très peu abondant et dans lequel pénètre un drain à une profondeur de 10 centimètres environ. On fait dans ce drain des injections avec une solution de bichlorure de mercure au 1/1000.

20 *décembre.* On remplace le bichlorure de mercure par de l'hydrate de chloral.

23 *décembre.* Depuis son arrivée à l'hôpital, la malade prend 3 ou 4 injections de morphine par jour. Hier, on les a remplacées par des in-

jections d'eau. Pendant la nuit, la malade a été prise de douleurs abdominales extrêmemeut vives. L'interne de garde appelé fait une piqûre de morphine et en 2 heures tout est calme. La malade mange peu, mais ne vomit pas. Le drain pénètre toujours profondément dans une grande poche; à gauche, on sent par le palper le fond de l'utérus ; au toucher les culs-de-sac sont libres.

27 *décembre*. L'appétit revient un peu.

18 *janvier* 1884. On sent toujours à gauche une masse dure, bien circonscrite, et en arrière une masse confuse, douloureuse, qui est le siège de douleurs lancinantes. C'est l'utérus encore volumineux.

Pendant tout le mois de janvier, à part les premiers jours, où elle s'élevait encore, le soir, à 38°, la température est restée normale; une fois seulement elle s'est élevée : le 21 janvier, où elle est montée à 38°,2, le 22 janvier, à 39 et 39°,8 ; pour retomber le 23 à 38°,3, et le 24 à la normale. Le 22 au soir, au moment où la température atteignait son maximum, où des douleurs abdominales vives existaient, les règles sont apparues. Elles ont coulé jusqu'au 29 janvier, et pendant cette période menstruelle les douleurs disparurent.

3 *février*. La malade quitte l'hôpital, munie d'une ceinture abdominale et portant encore un drain du plus petit calibre. Depuis sa sortie la malade est venue deux fois; le trajet fistuleux s'étendant, rétréci, ne permet plus l'introduction du drain, qui a été supprimé.

7 *avril*. Les règles sont régulières, toutefois la malade souffre au moment des époques. De plus, le pédicule suinte légèrement et donne quelques gouttes de sang pendant la période des règles.

Fin Juin. La malade va très bien.

L'utérus a notablement diminué de volume. Toutefois, il existe une eventration au niveau du point où on avait suturé la paroi kystique à la paroi abdominale.

Discussion.

M. Polaillon. J'ai fait une opération analogue. Il s'agissait d'un corps fibreux sous-péritonéal fixé à un utérus volumineux.

Par la paratomie, je fis sortir une tumeur grosse comme le poing. Je cherchai à lier la base, qui céda d'abord sous le fil de soie; je plaçai alors 2 broches en croix sur cette section, puis la fixai dans la paroi abdominale. La malade guérit bien, mais le pédicule suppura. J'ai remarqué que cet utérus hypertrophié est revenu à l'état normal après l'ablation de la tumeur. C'est une indication sur l'utilité de l'ablation de fibromes fixés à l'utérus.

Présentation de malade.

M. Després fait présenter par son interne un malade atteint de pseudarthrose de l'avant-bras.

Présentation de pièce.

M. le Dr Monod présente un monstre qui lui a été adressé par le Dr Lemée. Ce monstre appartient à la famille des monstres *pseudencéphaliens*, genre *pseudencéphale*.

Il rappelle que dans une précédente séance il a présenté à la Société, de la part du Dr Carrive, une pièce toute semblable, et renvoie à la description qu'il en a donnée.

Ces faits sont peut-être moins rares que ne le pensait Isidore-Geoffroy-Saint-Hilaire, qui les a le premier bien étudiés.

M. le Dr Lemée joint en effet à la pièce qu'il nous adresse aujourd'hui le récit d'un cas tout semblable observé par lui peu auparavant. Il ajoute qu'il a conservé le souvenir d'une 3e observation analogue, recueillie par lui, il y a 20 ans, sur laquelle il ne peut malheureusement fournir de renseignements précis.

Le fœtus présenté provient d'une primipare, âgée de 22 ans, femme grande et forte. Le mari jouit aussi de la plus magnifique santé. La grossesse a été absolument normale. Accouchement sans incident notable. La mère a manifestement senti l'enfant remuer. Ces mouvements purent encore être perçus par le médecin pendant l'accouchement. L'enfant est cependant mort-né. Il est mis aussitôt après sa délivrance dans un liquide conservateur.

Le 2e cas n'est pas accompagné de la pièce, la famille s'était formellement refusée à s'en dessaisir. M. le Dr Lemée en envoie du moins la description détaillée, qui est déposée aux archives de la Société.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

J. Championnière.

Séance du 23 juillet 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° Du pronostic des déviations de la colonne vertébrale par le Dr Pravaz (de Lyon);

3° M. Trélat offre,de la part de M. le Dr Bougard, une brochure intitulée : *Cure thermale à Bourbonne-les-Bains;*

4° M. Perier présente, de la part de M. Delannoy (de Boulogne-sur-Mer), une observation d'opération de taille sus-pubienne.

A propos du procès-verbal.

M. Monod ajoute quelques détails à l'histoire de la malade dont il a parlé d'une façon sommaire à propos du rapport de M. Chauvel (tumeurs osseuses du frontal).

Il communique d'abord la leçon dans laquelle M. le Dr Rouge (de Lausanne) rend compte de l'opération qu'il a pratiquée.

« La femme S..., écrit le Dr Rouge, a été opérée par moi à l'hôpital de Lausanne, le 10 juin 1870; elle était âgée de 22 ans et malade depuis 5 ans. Elle se présentait à moi avec un abaissement et propulsion en l'avant de l'œil droit, résultant de la présence d'une tumeur frontale, que je crus être une exostose, tant était grande la dureté de la région sourcilière. La paupière incisée, je me servis du ciseau et du maillet et je tombai sur un énorme kyste osseux du volume d'une grosse orange. L'excavation était si étendue qu'il était difficile de comprendre où devait se trouver l'hémisphère cérébral droit, et que plusieurs médecins présents me donnèrent rendez-vous pour l'autopsie de la malade. Celle-ci se leva cependant une heure le lendemain.

« La cavité, qui mesurait plus de 10 centimètres de profondeur et autant dans les autres diamètres, *ne contenait absolument rien.* Dans le fond seulement on apercevait une petite tumeur molle, rouge, du volume et de l'aspect d'une cerise, lisse, élastique. Je me gardai d'y toucher.

« J'enlevai le plancher inférieur du kyste (supérieur de l'orbite), dans l'espoir de remédier à l'abaissement de l'œil, qui, dégagé en

haut, pourrait reprendre sa situation normale. La malade quitta cependant l'hôpital sans avoir beaucoup gagné sous ce rapport. »

M. Monod rappelle que depuis lors il a, à diverses reprises, et tout récemment encore, revu cette malade. Il dit qu'elle a dû, il y a quelques années, subir l'ablation de l'œil, devenu un appendice gênant et inutile. Cet organe n'avait pu reprendre sa place. Bien au contraire, il était de plus en plus poussé hors de l'orbite par l'hypertrophie lente mais progressive du frontal, surtout dans sa portion orbitaire.

La vision était complètement abolie de ce côté. Aujourd'hui, 14 ans après l'opération de M. Rouge, rien n'apparaît qui puisse faire songer à la récidive du tissu néoplasique ; la santé générale est bonne. L'affection est restée locale. L'hypertrophie de l'os paraît seule avoir progressé, et encore dans des limites modérées; l'arcade sourcilière est volumineuse, le frontal manifestement épaissi; la cavité orbitaire paraît comblée par du tissu osseux.

A quelle lésion, en somme, a-t-on ici affaire?

Pour M. Rouge, il s'agissait là d'une *dilatation* considérable du sinus frontal droit, bien que la tuméfaction siégeât un peu au-dessous de la région du sinus.

Ce diagnostic paraît en effet le seul possible, mais à quelle cause rattacher cette singulière altération! il est difficile de le dire. Il semble que ce cas doive être rapproché de ceux que l'on a décrit sous le nom d'hypertrophie partielle des os de la face [1]. Il présenterait cependant cette particularité que, loin d'être comblés par de la substance osseuse, comme cela a été habituellement observé, le sinus s'est dilaté en même temps que ses parois s'hypertrophiaient.

Rapport.

Note sur les ostéites tuberculeuses et syphilitiques de la voûte du crâne, par M. le Dr Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. Chauvel.

L'anatomie pathologique des affections osseuses, et plus spécialement de la tuberculose des os, est depuis longtemps l'objet des études de M. le Dr *Poulet*. Notre distingué collègue s'est imposé la tâche de débrouiller le chaos des *ostéites*, nom générique donné jadis à des maladies de nature fort variable, n'ayant guère

[1] Voyez article Maxillaire du *Dictionnaire encyclopédique*.

d'autre rapport, d'autre ressemblance, que leur siège commun et les phénomènes inflammatoires plus ou moins prononcés qui se développent pendant leur cours.

Pour base de ces recherches et comme point de départ, il faut nécessairement prendre les lésions de l'ostéite la plus simple, de l'ostéite traumatique, que l'on peut, fort aisément, produire à volonté chez les animaux sains. C'est la marche qu'a suivie avec succès M. Poulet, et l'examen des nombreuses préparations qu'il a fait passer sous mes yeux montre bien l'uniformité et la simplicité des ostéites traumatiques. Mais si, laissant de côté cette forme simple, on passe à l'étude des altérations pathologiques des os produites par des causes spécifiques (syphilis, tubercule, morve, rhumatisme, etc.), on reconnaît vite que ces lésions sont spécifiques elles-mêmes, aussi bien dans leur nature intime que dans les symptômes qui les traduisent en dehors.

Pour donner un résultat fructueux, l'examen doit porter sur les lésions les moins compliquées, sur les parties où les altérations morbides ne sont pas modifiées par l'action d'éléments étrangers. A ce titre, les os de la voûte du crâne, par leur peu de réaction contre les irritations les plus diverses, semblent mériter la préférence. C'est bien ici que le tissu osseux conserve et maintient intacte après des années la trace des maladies dont il a été atteint. C'est aussi en examinant des pièces d'anatomie pathologique, des crânes desséchés, que notre distingué collègue a pu s'assurer de la valeur de l'opération qu'il défend : « A des causes spécifiques correspondent des lésions osseuses, des ostéites spéciales. »

Pour aujourd'hui, M. Poulet se borne à l'étude des ostéites tuberculeuses et syphilitiques des os de la voûte du crâne, considérées presque uniquement au point de vue du siège, de la forme, de la disposition des lésions du tissu osseux. Bien que la tuberculose osseuse soit des plus communes, les tubercules des os du crâne seraient très rares, si l'on en juge par le petit nombre des faits publiés. A peine existe-t-il douze observations de cette affection. Notre collègue pense que cette rareté apparente tient à un manque d'observation, puisque dans l'espace de 16 ans il n'en a pas observé deux cas, et que dans le seul musée du Val-de-Grâce, fort pauvre en anatomie pathologique, *quatre pièces*, pour lui, se rapportent certainement à cette maladie. Le fait est peu contestable, dans l'une surtout, où existait un gros tubercule cérébral; dans les autres, l'observation clinique n'existe pas. Cependant, si l'on tient compte de la similitude frappante, on pourrait tirer de l'intensité des lésions osseuses ; malgré l'absence de tout renseignement clinique, on peut, sans erreur probable, les attribuer au même processus. Le seul point discutable lorsqu'on a les tissus

sous les yeux ou les pièces en main, c'est la nature de ce processus. S'agit-il là dans ces trous d'acpect uniforme de segments tuberculeux éliminés. Si l'on se rapporte aux observations publiées, on voit que la formation de ces nécroses tuberculeuses est précédée par l'apparition dans les téguments du crâne, vers la partie postérieure des pariétaux, le plus souvent d'un abcès froid, à pus granuleux, caséeux, dont l'ouverture laisse sentir l'os desséché et mort. Plus tard le séquestre est extrait, il offre tous les caractères des séquestres tuberculeux. Autour de ces pertes de substance à siège pour ainsi dire constant, à formes et à dimensions presque les mêmes, l'os est parfaitement sain ; il n'existe ni bourrelet osseux, ni ostéite raréfiante du voisinage.

N'ayant jamais eu l'occasion d'observer personnellement un fait de cette nature, n'ayant pas eu comme M. Poulet l'heureuse chance de rencontrer un malade atteint de tubercules des os du crâne, vous m'excuscrez, je pense, d'avoir cherché à éclaircir le seul doute qui restait dans mon esprit. A défaut de malade, il m'eût été fort agréable de voir tout au moins un de ces séquestres dont notre collègue donne une description peut être un peu succinte, en un mot de constater *de visu* que ces larges perforations étaient bien le résultat d'une tuberculisation osseuse locale. Malheureusement notre musée ne possède pas une de ces pièces, et je n'ai trouvé de dessins ni dans la thèse de *Comparé*, ni dans le mémoire de *Volkmann*. Je dois même dire que la lecture des observations réunies par M. Cupard, et qui sont *toutes* empruntées à des travaux allemands, n'ont pas porté dans mon esprit une conviction absolue sur la justesse des déductions qu'on en a tiré. Un peu sceptique par nature, j'aime les faits précis, et ceux-là sont loin de l'être tous. Vous comprenez ainsi que, sans vouloir contredire l'opinion de M. Poulet sur l'origine des pertes des substances craniennes si caractéristiques qu'il nous a montrées, j'hésite à le suivre dans ses instructions un peu hasardeuses. S'agit-il bien d'anciennes tuberculoses localisées des os du crâne, des séquestres tuberculeux éliminés? Je n'en vois pas la preuve, et jusqu'à plus ample informé, je refuse de me prononcer.

Il n'en est plus de même en ce qui concerne l'ostéite gommeuse syphilitique, dont la spécificité est incontestable, dont les spécimens les plus variés abondent dans nos musées. Les études sont ici plus prononcées et les crânes syphilitiques sont de tous bien connus. Mais notre collègue a poussé l'observation un peu plus loin qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, et l'examen attentif des pièces lui a permis de constater que la marche du processus restait constamment la même. Parti du péricrâne ou du périoste, le bourgeon gommeux pénètre dans l'os et y creuse une véritable spirale

dont les tours vont s'élargissant. Au crâne, la spirale s'étale en largeur comme un ressort de montre; dans les os épais des membres, elle se développe en hauteur comme l'hélice d'un tire-bouchon. Cette disposition est évidente sur les nombreuses pièces que j'ai examinées avec M. Poulet, on la retrouve toujours nette sur les limites de l'ostéite. Les parois osseuses de l'hélice sont formées par un tissu dense véritablement éburné.

Il n'en résulte pas que l'on ne puisse parfois observer ici, comme dans la forme précédente, de larges perforations de la voûte cranienne; mais ces pertes spéciales de substance n'offrent ni le siège ni la forme régulière de celles que notre collègue attribue à la tuberculose localisée, et sur la nature desquelles j'ai cru prudent de ne pas me prononcer. Quand on a les dessins sous les yeux, quand on a les pièces dans les mains, ces différences sont tellement frappantes que toute hésitation est impossible. Comme M. Poulet, on est forcé de conclure qu'il s'agit là de processus différents, d'ostéites dont la nature ne saurait être la même.

Messieurs, je crois, pour ma part, que la Société de chirurgie ne saurait trop encourager des recherches de cette nature. En attendant que notre distingué collègue vienne prendre parmi nos membres correspondants nationaux la place que ces intéressants travaux lui ont si bien méritée, je viens proposer : 1° de lui adresser des remerciements; 2° de publier dans nos bulletins la courte note dont je viens de vous rendre compte, en y joignant, si c'est possible, un des dessins que M. Poulet nous a envoyés et qui font si nettement ressortir les caractères spécifiques de ces deux formes d'ostéite cranienne.

Note sur les ostéites tuberculeuses et syphilitiques de la voûte cranienne, par M. le Dr Poulet, du Val-de-Grâce.

Je désire attirer votre attention sur un point de pathologie chirurgicale encore mal connu, la spécificité des ostéites. Au-dessus de toutes les affections des os, il en est une qui doit servir de base, l'ostéite traumatique; c'est elle qui a permis d'étudier les lois fixes, immuables, de la pathologie osseuse. En dehors de ce processus irritatif, dégagé de tous les éléments étrangers qui peuvent le compliquer, presque toutes les autres maladies des os sont le résultat d'irritations spécifiques. Syphilis, tubercule, morve, rhumatisme, etc., impriment au tissu osseux des modifications spéciales, absolument distinctes, suivant que l'on passe de l'une à l'autre, non seulement au point de vue chimique, mais également au point de vue anatomo-pathologique.

L'os possède cette curieuse propriété de conserver, après macé-

ration, les traces, les marques indélébiles des modifications multiples qu'il a subies dans sa structure. Aussi tout porte à croire qu'il sera possible, en examinant une pièce du squelette malade, de reconnaître la nature des lésions qu'il présente et de remonter à la cause première. Cette recherche est un complément indispensable de la clinique; c'est un moyen de diagnostic qui bien souvent trouvera son utilité.

Or, pour bien observer les modifications intimes dues aux agents spécifiques, l'expérience m'a appris qu'il faut, autant que possible, se débarrasser des conditions qui peuvent obscurcir les phénomènes, et c'est pour cette raison que j'ai étudié de préférence les ostéites du crâne. Vous savez, en effet, qu'en dehors de circonstances assez mal connues, le périoste cranien ne fait pas d'os, réagit fort peu, témoin la parcimonieuse réparation des fractures et des plaies de la voûte. Au contraire, les diaphyses, les épiphyses des os longs se recouvrent de couches périostiques épaisses, se remplissent à leur centre de végétations osseuses qui masquent en partie les lésions ; et ce n'est qu'avec peine que l'on arrive, si l'on n'a pas la clef, à déterminer la nature exacte de l'affection. N'est-il pas évident qu'on ne peut plus se contenter aujourd'hui du diagnostic d'hypérostose, de nécrose, de carie, qui décore les pancartes de tous les musées; ce serait continuer à confondre l'effet avec la cause, le symptôme avec la maladie.

Ceci posé, la plus commune des ostéites est assurément l'ostéite tuberculeuse ; son étude anatomo-pathologique est à peu près faite; cliniquement, elle est mieux comprise. On sait que des colonies baccilifères forment des foyers dans le tissu spongieux, sous forme de masses arrondies, représentés à la coupe par des taches jaunes. L'agent tuberculeux, très peu irritant par lui-même, tue les cellules et leur fait subir par suite des altérations spéciales des vaisseaux, la transformation caséeuse, ou, pour parler le langage du jour, la nécrose de coagulation de Weigert. La suppuration, qui n arrive que plus tard et qui n'est pas fatale, est un phénomène surajouté, dû vraisemblablement à d'autres agents secondaires.

La tuberculose du crâne, fort peu connue, a cependant donné lieu à quelques travaux ; citons ceux de Volkmann et de Kraske (*Centralbl. f. Chir*, 1880), et, en France, la thèse de Coupard (1882). Dix observations, tel est le bilan des faits réunis sur ce sujet; il est vrai que sept appartiennent à Volkmann. Tout me porte à croire que cette affection n'est pas aussi rare, et, pour mon compte, j'ai observé deux fois, depuis seize ans, des manifestations tuberculeuses de la voûte cranienne. En outre, j'ai trouvé quatre pièces au musée du Val-de-Grâce, qui se rapportent certainement à cette maladie; les caractères de la maladie sont si précis

qu'il ne saurait y avoir aucun doute ; d'ailleurs, dans l'un des cas, il existait en même temps un gros tubercule du cerveau.

Il ne s'agit plus de masses rondes comme dans les autres os, mais bien de plaques arrondies ou carrées, plus larges que les tubercules des épiphyses. A leur niveau, l'os meurt, forme séquestre, et bientôt un sillon de séparation s'établit entre le mort et le vif. A mesure que ce travail s'effectue, on voit apparaître sous les téguments du crâne, le plus souvent à la partie postérieure des pariétaux, une tumeur fluctuante, dont le volume varie entre une noix et une mandarine; elle présentait dans un cas des pulsations isochrones à la respiration, indice d'une perforation complète de la voûte cranienne en ce point. Ouvertes au bistouri ou spontanément, ces tumeurs laissent écouler un pus caséeux, grumeleux, et il n'est pas rare d'y trouver un séquestre arrondi à bords irréguliers comprenant toute l'épaisseur de l'os. Sa structure rappelle celle des séquestres tuberculeux ; il est à la fois raréfié, et les alvéoles agrandies sont remplies de matière caséeuse. A peine est-il besoin d'ajouter que des granulations fongueuses recouvrent la dure-mère. L'affection peut guérir, ainsi que Ried d'Erlangen l'a observé, mais généralement la marche de la tuberculose du crâne est subordonnée à l'état général et surtout à la coïncidence d'autres manifestations tuberculeuses. L'un des malades que j'ai observés avait subi plusieurs amputations pour des caries ou des tumeurs blanches.

Je mets sous vos yeux quelques dessins provenant de malades qui ont succombé à la tuberculose cranienne ; vous pouvez voir



Fig. 1. — Ostéite tuberculeuse.

combien ces perforations se ressemblent; toutes siègent à la partie postérieure de la voûte, sur la portion du pariétal qui avoisine

l'occipital. Chacun de ces crânes présente une ou deux de ces perforations arrondies ou rectangulaires à angles arrondis, dont les dimensions varient de 4 à 6 centimètres; elles sont irrégulières, à bords taillés en biseau aux dépens de la face interne, et çà et là sur quelques points persistent des débris de séquestre encore adhérents. Outre cette particularité de la plus grande extension de l'altération sur la table interne, vous pouvez remarquer l'indifférence absolue du reste de l'os; il n'y a ni bourrelet osseux ni ostéite raréfiante de voisinage. A quelques millimètres de la perforation, l'os est aussi sain qu'un crâne ordinaire.

Il s'agit bien là en réalité d'un de ces tubercules primitifs et



Fig. 2. — Ostéite tuberculeuse.

circonscrits avec séquestre, et Ried d'Erlangen, il y a 40 ans, avait déjà décrit, avec une exactitude remarquable, la plupart de ces lésions. Celles-ci d'ailleurs peuvent guérir, mais la perte de substance ne se répare pas; un tissu fibreux sert d'opercule. Cette particularité permet de comprendre le singulier suicide d'un des malades de Volkmann, qui s'enfonça un couteau de table dans le cerveau à travers la cicatrice cranienne. Ce malheureux n'avait même pas la priorité de ce genre de suicide, puisqu'un officier de l'empire, dont parle J.-D. Larrey, se tua en s'enfonçant dans le cerveau un long couteau à travers la cicatrice fibreuse d'une ancienne plaie du crâne.

Je me borne à esquisser à grands traits l'histoire de cette affection pour arriver à l'ostéite gommeuse syphilitique. Bien que de nombreux travaux aient été publiés sur ce sujet, je ne crains pas d'avancer que nos connaissances sont encore fort incomplètes; ceci est surtout vrai pour l'anatomie pathologique, et les recherches modernes sont loin d'avoir jeté sur les néoplasies syphilitiques la même lumière que sur le tubercule. Nous en sommes encore aux amas de petites cellules, au tissu embryonnaire plus ou moins vasculaire ou caséeux. Rappelez-vous qu'avant les travaux de

Langhaus et de Koster nous n'étions guère mieux renseignés sur la structure du follicule tuberculeux; et dans la conception de Virchow, la granulation était constituée par un amas de cellules, caséeux au centre. Tout ceci m'autorise, je crois, à dire que sur la syphilis nous ne saurions plus nous contenter des données actuelles, malgré les études intéressantes de Corni[1], Inoscavitz[2], Dubar[3], Leloir. Au point de vue macroscopique, nous avons déjà de précieux matériaux, et depuis longtemps la singulière structure des crânes syphilitiques avait attiré l'attention. Nombre d'auteurs ont décrit cet aspect vermoulu, ces frontaux transformés en une véritable dentelle; d'autres observateurs, Follin[4], Terrier et Luc[5], entre autres, ont été frappés de la disposition festonnée des contours de l'altération cranienne; il semble que l'aspect circiné des lésions cutanées se retrouve dans les os; enfin, Cornil a bien vu que le bourgeon gommeux, parti du périoste ou de la dure-mère, se creuse une loge dans l'épaisseur du diploé et se continue dans les cavités médullaires voisines. Ce sont des bourgeons gris rosés ou opaques, vasculaires, parfois caséeux. Cornil dit que « c'est un module de tissu embryonnaire formé sous le périoste et dans les cavités agrandies de Havers, avec destruction des cavités osseuses par ostéomyélite, et ce bourgeon est devenu une gomme avec tendance à la modification caséeuse de ses éléments constituants ».

Ayant pu observer un grand nombre de crânes syphilitiques, j'ai étudié ces lésions macroscopiques et tout d'abord constaté l'exactitude des descriptions de Tollin, Cornil, Terrier, etc. Un premier fait qui frappe, est l'extrême irrégularité de la surface, la présence de ces petits rognons durs, condensés, travaillés à jour par les bourgeons gommeux; il semble que quelque insecte a rongé l'os en tous sens. Vient-on à pratiquer une coupe, on est frappé du contraste qu'offre l'association de la condensation et de la raréfaction; un grand nombre de petits trous, gros comme une tête d'épingle, sont entourés par une zone d'ostéite condensante aussi dense que l'ivoire. C'est pourquoi, comme l'ont remarqué MM. Terrier et Luc, ces crânes, quoique ravagés par la syphilis, sont cependant plus lourds que les autres.

En examinant la lésion dans les points les moins avancés, on peut s'assurer que la distribution des petites cavités qui sillonnent le diploé n'est pas complètement livrée au hasard, et qu'il est possible d'y retrouver les traces d'un processus régulier. Le bour-

[1] *Traité de la syphilis.*
[2] *Thèse de Paris*, 1874.
[3] *Thèse d'agrégation*, 1883.
[4] *Traité de pathologie.*
[5] *Revue de chirurgie*, 1881.

Paris, Société d'imp. PAUL DUPONT. 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 45.9.84. *Le Gérant :* G. MASSON.

geon gommeux, parti du périoste, s'enfonce directement dans l'os

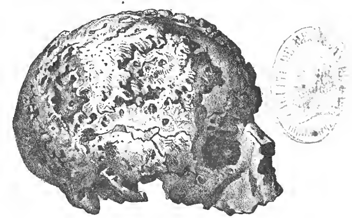


Fig. 3. — Ostéite syphilitique.

à travers un pertuis étroit dont les dimensions n'excèdent point celles d'une tête d'épingle ; il décrit ensuite dans le tissu spongieux une véritable hélice, et les tours de spire deviennent de plus en plus grands à mesure que le bourgeon s'éloigne de son point d'entrée. Il procède donc à la façon d'un insecte qui creuserait une galerie dans l'épaisseur du bois et produirait sa vermoulure. Mais ce qu'il y a de particulier dans le cas présent, c'est que la raréfaction osseuse est absolument limitée au trajet du bourgeon, tandis que les parois sont le siège d'une ostéite condensante très intense. Un coup d'œil jeté sur ces figures donne une idée de ces galeries, sortes de rampes de limaçons.

Avant d'aller plus loin, je tiens à vous faire remarquer que ce

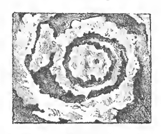


Fig. 4. — Ostéite syphilitique. Spire décrite par les bourgeons gommeux.

n'est pas là une évolution spéciale au crâne, et que les bourgeons gommeux ont une disposition analogue dans les autres os ; il y a seulement une différence dans la disposition et la régularité de l'hélice ; au lieu d'être en surface comme au crâne, l'hélice est moins large et plus haute ; je me ferai mieux comprendre en com-

parant la spirale cranienne à un ressort de montre, et celle des autres os longs à un vulgaire tire-bouchon. Cette évolution des bourgeons épiphysaires est toujours difficile à reconnaître, parce que ces os longs sont hypérostosés et profondément modifiés. Cependant quand on lit les observations rédigées avec soin, on peut s'assurer que ces bourgeons, plus ou moins tortueux, qui font communiquer le canal médullaire et la surface de l'os, existaient bien réellement. Méricamp, dans sa thèse sur les arthropathies syphilitiques, a eu l'occasion de constater la présence de ces bourgeons, et nous avons retrouvé les traces de leur passage sur de nombreuses pièces pathologiques.

J'ai dit que cette disposition héliçoïdale s'observait surtout à la périphérie des foyers d'ostéite gommeuse. En effet, partout où les bourgeons sont multiples, les spirales empiètent les unes sur les autres et détruisent l'os d'une façon très irrégulière, ne laissant à leur intersection qu'une multitude de petites saillies stalactiformes, plus ou moins arrondies, qui donnent au crâne syphilitique son aspect si particulier. Si l'affection débute par le péricrâne, elle détruit insensiblement toute la forme externe de l'os en s'arrêtant au niveau de la table interne, qui oppose toujours une résistance notable. Aussi les perforations sont-elles en pareil cas rares et étroites. On voit alors à la surface du frontal, par suite de la résorption de toutes les petites saillies secondaires, une large perte de substance superficielle, et çà et là quelques colonnes saillantes en forme de champignons, d'apophyses coraçoïdes, plus étroites à leur base qu'à leur sommet et rangées près de leur point d'implantation, comme des pierres de Carnac. Ce sont les derniers vestiges de l'ancien os ; leur tissu est éburné et ils appartiennent certainement à une forme essentiellement lente de la syphilis cranienne. Si l'ostéite gommeuse débute en même temps à la face profonde de l'os et sous le péricrâne, l'altération de la voûte devient plus rapide, et c'est ainsi que se produisent de larges perforations.

Il est un dernier point sur lequel je me propose d'attirer encore votre attention, la formation des séquestres. On sait que les séquestres syphilitiques sont percés à jour dans tous les sens, et l'on y retrouve les modifications que je signalais plus haut; mais il me semble qu'il n'est pas besoin pour expliquer leur production de faire intervenir, comme le veut M. Ranvier, l'oblitération des vaisseaux par l'ostéite condensante. N'est-il pas rationnel de penser que le travail de corrosion, qui résulte des galeries héliçoïdales, amène accidentellement la séquestration d'une portion plus ou moins étendue de la voûte, qui perd de cette façon ses connexions avec les parties voisines et par suite les moyens de nutrition.

Je n'abuserai pas plus longtemps de vos instants, et je reviens en terminant à mon point de départ; je crois avoir suffisamment démontré ce que j'avais avancé, la spécificité des ostéites. J'ai pris comme terme de comparaison les lésions osseuses tuberculeuses et syphilitiques; j'aurais pu aussi bien me servir d'un autre terme de comparaison, car il y a d'autres ostéites; malheureusement leur étude est encore à peine ébauchée, et il n'est pas toujours facile de mettre le nom exact sur la lésion osseuse que l'on rencontre. Les grandes fièvres éruptives, les typhus, la morve, laissent quelquefois à leur suite des lésions osseuses dont l'étude est à faire; nous savons encore fort peu de chose du rhumatisme osseux, de la goutte osseuse, et cependant il serait temps de sortir un peu du chaos où se trouve actuellement cette branche importante de la pathologie chirurgicale.

Rapport.

RAPPORT par M. BOUILLY *sur une observation* de M. JEANNEL (de Vendôme), intitulée : *Kyste para-ovarique du côté droit; première ponction simple suivie de récidive; deuxième ponction avec lavage phéniqué et injection iodée; accidents très graves; rétention de l'injection iodée; iodisme aigu; guérison opératoire.*

Au nom d'une commission composée de MM. Nicaise, Périer et Bouilly, rapporteur, je viens résumer devant vous les traits les plus saillants de l'observation présentée par M. Jeannel. Notre confrère a eu surtout l'intention de mettre en relief les graves accidents éprouvés par sa malade après une intervention chirurgicale ordinairement bénigne, à savoir : une fois, une simple ponction, et une seconde fois, une ponction suivie d'injection iodée.

Chez une femme de 35 ans, de bonne santé, présentant les signes d'un kyste de l'ovaire uniloculaire, M. Jeannel retire le 26 mars, avec l'aspirateur Potain, 15 à 1,700 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche, ne contenant aucune trace de crochets d'hydatides. La nature du liquide permet d'établir le diagnostic de kyste *para-ovarien*.

A la fin de la ponction, un incident se produit: l'opérateur a la sensation du choc de la paroi kystique contre la canule et l'écoulement s'arrête; en même temps, la malade est prise d'une syncope qui dure un quart d'heure et de douleurs vives dans l'abdomen, lesquelles se prolongent deux à trois heures. Le ventre se ballonne pendant quatre jours.

Trois mois plus tard, la tumeur était reparue. Cette fois, M. Jeannel, après aspiration, avec l'appareil Dieulafoy, de 2,100 grammes

de liquide limpide comme l'eau de roche, fait dans le kyste un lavage avec 900 grammes d'eau phéniquée au 1/500 et, après aspiration de cette eau, pousse dans la poche 560 grammes d'une solution iodée tiède à 50 0/0. Déjà, pendant le lavage phéniqué, la malade accuse une sensation désagréable d'étourdissement et de fourmillements dans les doigts.

Mais ce n'était là que le prélude d'accidents beaucoup plus inquiétants.

Après injection des 560 grammes de la solution iodée, M. Jeannel fait le vide dans l'appareil et veut réaspirer le liquide injecté : *rien ne vient;* pas une goutte de liquide ne sort. En même temps se déclare une syncope inquiétante; la respiration est longue, bruyante, désordonnée; la face est blême, le corps est recouvert d'une sueur visqueuse; le pouls est presque insensible. Après avoir pris les mesures d'usage, mis la tête basse, M. Jeannel se hâte de refaire deux nouvelles ponctions pour retirer la solution iodée. Même insuccès de l'aspiration; quelques gouttes de solution iodée et un peu d'écume sortent seulement par la canule.

Celle-ci est définitivement retirée, et le liquide abandonné dans l'abdomen.

Alors commence une lutte acharnée et persévérante contre cet état syncopal, dont la gravité va toujours s'accentuant.

L'opération avait lieu à 2 heures, et à 1 heure du matin seulement, c'est-à-dire onze heures seulement plus tard, la malade pouvait être considérée comme hors de danger immédiat.

Cinq injections d'éther sont faites sous la peau, le marteau de Mayor est appliqué; une ceinture de sinapismes entoure la base de la poitrine; la ligature des quatre membres est faite; une pile à courants continus de 40 éléments est mise en batterie.

Grâce à tous ces moyens, une heure après, à 3 heures, la respiration était un peu plus régulière, mais elle était violente; le pouls, un peu relevé, battait 130 à 140 fois à la minute.

A 6 heures du soir, l'état est le même. Un lavement contenant 20 grammes d'acétate d'ammoniaque, est administré après un lavement laxatif, et le nombre des éléments de la pile est réduit à 25.

A 10 heures, le refroidissement est général; le pouls est insensible; la langue et le nez sont glacés; « la mort semble proche. » Nouvelle injection de 5 grammes d'éther. Applications chaudes, électricité.

A 11 heures, selle abondante; la malade remue un peu et se plaint. Conjonctivite iodique. A partir de ce moment, tout s'améliore, et, à 1 heure du matin, première parole.

Le lendemain, il n'y avait plus que de la prostration et de la faiblesse. Le ventre est excessivement douloureux et ballonné.

Les jours suivants, il se produit des phénomènes d'iodisme très accusés sur toutes les muqueuses, et en particulier sur la muqueuse bronchique, dont l'inflammation persista la dernière pendant une quinzaine de jours.

A l'époque où M. Jeannel nous communiquait son observation, il n'était pas en mesure de dire si, après avoir échappé à ces graves accidents, sa malade était guérie de son kyste.

Nous nous associons donc pleinement aux conclusions de l'auteur, dans lesquelles il dit :

1° L'injection iodée après ponction d'un kyste para-ovarique peut être suivie des accidents les plus graves;

2° Ces accidents sont mal connus ; et nous nous rallions également à cette autre idée de M. Jeannel exprimée en un point de son mémoire, que l'ovariotomie eût certainement procuré la guérison, c'est-à-dire le succès thérapeutique, sans que le succès opératoire ait coûté plus cher.

Messieurs, l'analyse complète de cette observation soulèverait bien des points divers, à savoir : le diagnostic exact de la nature du kyste, la reproduction de ce kyste après une première ponction et même peut-être après l'injection iodée (car l'auteur semble craindre cette reproduction), le mode de traitement applicable aux kystes para-ovariques rebelles à la ponction, la cause et la nature des accidents déterminés par l'intervention dans le cas soumis à notre appréciation.

Je serai aussi bref que possible sur chacun de ces points, dont l'étude m'entraînerait fort loin.

D'une manière générale, le diagnostic du kyste para-ovarique s'établit sur la seule donnée de la limpidité parfaite du liquide et l'absence de sa reproduction après une ponction évacuatrice. L'analyse chimique, si elle est possible, permet en outre de reconnaître dans le liquide une forte proportion de sels alcalins et surtout de chlorure de sodium, et une faible quantité d'une matière organique analogue à la peptone. Ce liquide kystique est surtout remarquable par sa faible densité (1,007 à 1,009), par l'absence d'albumine et surtout l'absence de coagulation par la chaleur et l'acide azotique. D'après M. Méhu, l'absence de l'albumine coagulable par la chaleur après légère acidification du liquide, est une condition importante de la non-reproduction du liquide incolore et peu dense. C'est donc un élément de pronostic dont il est facile de se rendre compte, séance tenante, quand la ponction vient d'être faite.

Cette non-reproduction du liquide après son évacuation n'est pas aussi constante que l'ont avancé M. Panas et, avant lui, M. Méhu ; le fait de M. Jeannel est un exemple de cette reproduction ; le mé-

moire de M. Méhu contient trois faits analogues, où le liquide se reproduisit plusieurs fois avec lenteur après des ponctions répétées. Spencer Wells cite aussi le cas d'une femme chez laquelle le liquide, aussi clair que de l'eau distillée, se reproduisit après deux ponctions, et disparut après une chute que la malade fit sur le ventre.

Quelle est donc la conduite à tenir dans ces cas exceptionnels, où le liquide d'un kyste de cette nature se reproduit après une ponction ? Il sera d'abord sage de répéter la ponction, l'expérience ayant démontré que le liquide ne se reproduit que lentement et qu'il peut disparaître complètement après plusieurs ponctions, comme dans dans les cas cités par M. Méhu. Si ces évacuations répétées restent sans résultat, c'est à l'ovariotomie qu'il faut s'adresser. Tel a été l'avis à peu près unanime de la Société de chirurgie dans une de ses discussions, il y a deux ans (19 juillet 1882), et cette opinion se trouve corroborée aujourd'hui par les accidents graves déterminés chez la malade de M. Jeannel par l'injection iodée.

Notre confrère, du reste, ne se méprend pas un instant sur la cause de ces accidents ; pour lui, c'est la vive irritation déterminée sur la paroi par le liquide irritant qui a provoqué la série de manifestations graves dont il n'a triomphé que grâce à la persistance de ses efforts. Il invoque surtout la minceur des parois de ces kystes à travers lesquelles l'irritation s'est transmise au péritoine et a fait éclater ces accidents, que l'on peut rapprocher des phénomènes graves provoqués par les injections pleurales dans certains cas bien étudiés par nos confrères de la Société médicale des hôpitaux.

La malade, du reste, était fort prédisposée à ces accidents de retentissement douloureux; car une ponction simple en avait été déjà une première fois l'occasion.

Quant à l'arrêt brusque du liquide pendant l'aspiration, je ne saurais en admettre l'explication que donne M. Jeannel. Il semble croire « que le désordre respiratoire résultant de la syncope a suffi pour empêcher le fonctionnement régulier de l'aspirateur ? ». C'est établir trop de solidarité entre la malade et l'appareil, et l'explication semble devoir être plus simple. Ne peut-on admettre simplement que par l'aspiration une des parois flasques du kyste vient s'appliquer sur le trocart et faire bouchon ? La chose semble s'être ainsi passée dans la première ponction, où l'opérateur, pendant une quinte de toux de la malade, sentit le choc de la paroi contre sa canule, pendant qu'au même instant l'écoulement du liquide se suspendait.

Je rappellerai, en terminant, que lorsqu'on emploie l'appareil Potain, il faut toujours bien s'assurer de la perméabilité du tro-

cart au niveau du coude sur lequel on embranche le tube de caoutchouc; c'est un lieu d'élection pour l'arrêt des parcelles qui viennent obturer la lumière de l'instrument.

En résumé, cette intéressante observation de M. Jeannel soulève un certain nombre de questions que je n'ai fait qu'effleurer; elle nous apprend une fois de plus qu'il n'y a pas de petite intervention en chirurgie, et qu'une manœuvre aussi innocente en apparence qu'une ponction simple et qu'une ponction suivie d'injection iodée peut être suivie d'accidents immédiats capables d'entraîner la mort.

Votre commission propose à la Société :

1° D'adresser des remerciements à M. Jeannel;

2° De déposer honorablement son mémoire dans nos archives.

Discussion.

M. Tillaux. Je me demande pourquoi M. Jeannel s'est servi d'un trocart aspirateur. Un trocart ordinaire eût rempli le même but, le liquide injecté aurait pu s'écouler facilement et les accidents d'iodisme ne se seraient peut-être pas produits.

Je me demande, en outre, s'il était bien nécessaire d'employer 560 grammes de liquide, représentant 280 grammes de teinture d'iode. Boinet, l'auteur de la méthode, se contentait de 100 grammes de liquide, contenant 60 grammes de teinture d'iode.

M. Lucas-Championnière. L'observation de M. Jeannel nous prouve une fois de plus que les kystes para-ovariens ne guérissent pas nécessairement après les ponctions, ces ponctions fussent-elles suivies d'une injection de teinture d'iode.

Les kystes para-ovariens sont donc justiciables d'ovariotomie; j'ajouterai même que si on avait traité cette malade par l'ovariotomie, les dangers qu'on lui eût fait courir eussent été beaucoup moindres que ceux auxquels elle a été exposée.

M. Bouilly. Je suis de l'avis de M. Tillaux au sujet de la quantité de teinture d'iode qui a été injectée, et qui est restée dans le kyste. Cependant, comme les accidents graves se sont produits immédiatement après, je ne crois pas qu'ils doivent être attribués à l'action physiologique de l'iode sur l'organisme. Ce sont bien plutôt des accidents consécutifs à l'irritation de la paroi du kyste sur une femme particulièrement impressionnable.

Je ne suis pas de l'avis de M. Championnière lorsqu'il dit que l'on doit traiter par l'ovariotomie tous les kystes para-ovariques qui n'ont pas guéri après une première ponction. Il y a de nombreux exemples de guérison à la suite des ponctions répétées.

Rapport.

Rapport oral sur un mémoire sur l'ovariotomie.

Au nom d'une commission composée de MM. Terrier, Polaillon et Bouilly, rapporteur, je viens vous rendre compte en quelques mots d'un travail de M. le Dr Leriche, intitulé : l'*Ovariotomie à Mâcon*, avec ce sous-titre : *Trois opérations, trois succès.*

Je n'entrerai pas dans le détail des observations, qui, au point de vue clinique, ne présentent rien de bien particulier, je relèverai seulement quelques points du manuel opératoire.

La pratique de M. Leriche, très sage au point de vue des précautions antiseptiques, nous paraît incomplète et retardante dans le traitement du pédicule. Deux fois l'opérateur maintint le pédicule à l'extérieur dans des cas où la généralité des chirurgiens auraient fait la ligature perdue. Cette conduite lui fut imposée dans sa première opération par la crainte de l'hémorragie se faisant par un pédicule qu'il avait déjà lié en trois parties avec du catgut fort, dont la constriction se relâchait sous les yeux du chirurgien.

Ce fait est presque inévitable avec le gros catgut, qu'il est impossible de serrer très énergiquement ; ce relâchement de la suture eût été prévenu par l'emploi de la soie phéniquée forte, qui est la substance de choix pour la ligature perdue du pédicule des kystes ovariens.

Ce traitement extra-péritonéal du pédicule prolongea de beaucoup le temps de la cure ; dans le premier cas, la cicatrisation n'était complète qu'au soixantième jour, et dans le second qu'au quarante-huitième.

Le troisième cas, que M. Leriche intitule : *Kyste ovarique senile peu volumineux*, est un exemple de kyste développé dans l'épaisseur du ligament large.

L'opération se compliqua d'une hémorragie assez abondante provoquée par la déchirure de tissus veineux rampant sur la tumeur. Cette hémorragie fut arrêtée par une série de ligatures en chaîne à la soie phéniquée appliquées à la base de la tumeur. Celle-ci ne fut incisée et détachée que lorsque l'hémostase fut obtenue par ces ligatures multiples. Cette ligne de ligatures représentant le pédicule de la tumeur fut abandonnée dans l'abdomen et la plaie des parois fut entièrement refermée.

La réunion se fit sans incident et était complète le huitième jour ; la malade put se lever le quinzième jour.

Cette opérée présenta à diverses reprises des accidents hystériformes qui ne furent pas sensiblement modifiés par l'ovariotomie, pratiquée du reste d'un seul côté.

M. Leriche fait suivre ses observations de considérations générales sur l'ovariotomie, son manuel opératoire, ses suites, etc. Ces considérations, très bien exposées et conformes aux données généralement admises, ne peuvent offrir, par le petit nombre de cas, aucun fait nouveau ni personnel digne d'une longue appréciation.

Nous vous proposons :

1° De remercier M. Leriche de son travail ;

2° De déposer celui-ci dans nos archives.

Discussion.

M. Championnière. On peut lier le pédicule avec le catgut, beaucoup de chirurgiens font ainsi et s'en trouvent bien, c'est là ce que j'ai toujours fait sans avoir d'accidents. Mais il ne faut employer que du catgut bien préparé, ce qui n'est pas toujours le cas de celui du commerce.

M. Tillaux. Ce n'est pas mon opinion ; il est extrêmement rare d'avoir de bon catgut, tandis qu'il est plus facile d'avoir de la bonne soie ; or, le mauvais catgut se relâche avec facilité ; pour mon compte, j'ai la conviction d'avoir perdu une malade d'hémorragie, justement parce que j'avais employé le catgut, et que celui-ci s'était relâché.

La soie, d'ailleurs, n'a aucun inconvénient.

M. Championnière. Si on n'a besoin de placer que deux à trois fils, la soie, cela est vrai, est sans inconvénient ; mais il en est tout autrement lorsqu'on doit placer huit à dix ligatures. Il y a tout avantage, dans ce cas, à se servir d'un fil comme le catgut, qui est susceptible de résorption.

Les cas d'accidents pour des pédicules très larges ne sont pas rares, et l'élimination du fil par la suppuration a été souvent observée.

M. Bouilly. Je suis de l'avis de M. Tillaux ; la soie étant plus communément bonne que le catgut, elle doit lui être préférée.

Communication.

Polype naso-pharyngien, ligature de la carotide, gangrène vasculaire, mort.

M. Verneuil. A une précédente séance, je vous ai présenté un jeune homme de vingt ans, opéré, cinq ans auparavant, d'un polype

naso-pharyngien qui avait récidivé. La tumeur récidivée présentait comme caractère particulier une vascularité très considérable : en appuyant à sa surface, on la faisait diminuer de plus de moitié. Ce cas particulier, soit dit en passant, semble venir à l'encontre de l'opinion des auteurs qui admettent que les polypes naso-pharyngiens guérissent généralement avec l'âge.

Conformément à l'opinion qui fut le plus généralement adoptée à la Société, je commençai le traitement par des injections de perchlorure de fer dans la tumeur. Sous l'influence de ces injections, une inflammation vive se produisit, la tumeur s'accrut, ses battements augmentèrent, et elle menaça de se rompre. Dans ces conditions, et afin d'éviter les hémorragies qui devaient accompagner l'ouverture spontanée de la tumeur, je pratiquai la ligature de la carotide primitive.

Cette opération fut des plus faciles ; elle s'effectua sans incident opératoire, comme à l'amphithéâtre. Les suites en furent des plus simples.

Quant au résultat thérapeutique, il fut aussi très favorable dans les premiers jours. Les battements de la tumeur diminuèrent, et les symptômes inflammatoires s'amendèrent au bout de quelques jours ; une collection purulente se fit jour au dehors, et depuis cette époque la tumeur s'affaissa de jour en jour.

Le quinzième jour le fil de la ligature tomba, au bout d'un mois le malade se levait, marchait ; il ne restait plus de la plaie chirurgicale qu'une petite surface bourgeonnante de bon aspect, que l'on touchait de temps à autre avec le nitrate d'argent.

Un mois après l'opération le malade eut un érysipèle ; cet érysipèle guérit, mais la plaie donna lieu à l'issue, par une petite fistulette, d'un lambeau de tissu dans lequel il était facile de reconnaître un débris de la carotide primitive. Le vaisseau était coupé très nettement à l'un de ses bouts, et l'on voyait que dans une étendue de 2 centimètres environ, il avait conservé tout son calibre. Au delà de ces 2 centimètres, et dans une étendue de 5 à 6 centimètres, on trouvait un lambeau de tissu artériel, allant en s'effilant.

Les jours suivants, le malade fut pris d'hémorragies par sa plaie carotidienne, et malgré toutes les tentatives de compression qui furent faites, ces hémorragies se renouvelèrent jusqu'à ce qu'elles eussent entraîné la mort du malade.

A l'autopsie, on trouva que la tumeur était constituée par du tissu fibreux au milieu duquel se trouvait un lacis vasculaire très considérable. Un lobe de la tumeur avait érodé la fosse sphénoïdale et pénétrait dans le crâne. Pendant la vie, aucun symptôme cérébral n'avait pu faire soupçonner ce prolongement de la tumeur.

L'examen de la région carotidienne montrait que le bout supé-

rieur du vaisseau était parfaitement et normalement oblitéré. Quant au bout inférieur, on constatait qu'il faisait défaut dans une certaine étendue, et qu'en somme il ne restait attenant à la crosse de l'aorte qu'un fragment de carotide de 2 à 3 centimètres.

Discussion.

M. Trélat. Je suis de ceux qui croient que les polypes naso-pharyngiens guérissent souvent avec l'âge, et j'estime que le cas particulier de M. Verneuil ne saurait venir à l'encontre de cette opinion, puisque justement son malade, âgé de vingt ans, n'avait pas encore atteint l'âge où ces guérisons se produisent.

En ce qui concerne l'hémorragie à laquelle a succombé ce malade, on pourrait peut-être l'expliquer en disant que les phénomènes réparateurs qui accompagnent toutes les ligatures et assurent l'hémostase définitive n'ayant pu se produire, une portion du vaisseau lié s'est sphacélée. La cause de ce défaut de réparation peut être recherchée soit dans la nature non antiseptique du lien employé, qui a empêché la plaie de se cicatriser régulièrement, soit dans le développement de l'érysipèle.

Quoi qu'il en soit de l'explication, je dois reconnaître que le fait signalé par M. Verneuil est des plus rares; pour mon compte, je n'ai jamais observé après les ligatures la mortification d'une aussi grande étendue de vaisseau.

Il y a trois ans, enlevant une tumeur de la région carotidienne, je dus lier la thyroïdienne supérieure. Au moment de la chute du fil, je constatai que le nœud enserrait une portion d'artère mortifiée ; mais l'étendue de cette escarre était minime.

M. Championnière. Dans le développement de cette complication, il faut faire jouer un rôle important à ce fait que le fil employé n'était pas absorbable. C'est un point qui a été l'objet de nombreuses controverses en Angleterre, où la ligature des vaisseaux dans la continuité est chose commune. Les observations et les expériences sur les animaux ont montré la grande supériorité du catgut, qui ne coupe pas la tunique externe et sera resorbé après la réunion parfaite de la plaie.

La soie est souvent un obstacle à la réunion primitive; le sectionnement du vaisseau et son élimination s'accompagnent de suppuration, l'asepticité de la plaie n'est pas assurée. Dans le cas de M. Verneuil, c'est un fait de ce genre qui a été observé. La gravité des accidents est vraiment très rare, la gangrène du vaisseau a pris des proportions insolites ; mais en somme ce ne sont que des accidents dus à ce que le fil fut éliminé dans une plaie qui devint septique.

M. Polaillon. Il y a quelque temps, ayant eu à enlever un cancer de l'amygdale, je liai la carotide externe au catgut. Au quinzième jour, la plaie de la ligature était guérie, et cependant il se déclara une hémorragie qui enleva le malade.

A l'autopsie, on constata que cette hémorragie s'était faite par le bout inférieur de l'artère liée, et que celle-ci avait éclaté au-dessous de la ligature.

Ce second fait semble indiquer que la nature du fil est sans influence sur les hémorragies qui se font à la suite des ligatures d'artère.

M. Marc Sée. Il me semble que si l'hémorragie était due, comme le pense M. Trélat, à l'absence de tout travail réparateur, ce n'est pas deux mois après la ligature, mais pour ainsi dire immédiatement, qu'elle se serait produite.

M. Trélat. C'est le caillot qui a empêché l'hémorragie de se produire immédiatement.

M. Marc Sée. Je serais plutôt porté à croire que c'est surtout l'érysipèle qui doit être incriminé, et que c'est à lui que l'on doit attribuer la mortification de l'artère.

M. Trélat. Comme l'observation de M. Verneuil indique que l'érysipèle s'est montré bien avant les premières hémorragies, il me paraît difficile de l'incriminer. D'ailleurs, s'il n'y avait eu absence du processus réparateur normal de l'artère, on aurait trouvé dans le bout éliminé quelques traces de ce travail. Or, il n'en était rien, et l'artère, nettement sectionnée par le fil, était béante, comme une artère prise sur le cadavre.

M. Verneuil. Je me rapproche de l'interprétation de M. Sée. Sans doute, il n'y avait pas de trace de processus réparateur sur le bout d'artère éliminée par la plaie de la ligature ; mais rien n'empêche d'admettre que ce travail réparateur, qui avait commencé à s'effectuer pendant les premiers jours, s'est arrêté et même a rétrogradé à la suite de l'érysipèle, cause première de la gangrène.

Présentation de malade.

M. Tillaux présente à la Société un jeune homme auquel il a enlevé l'os maxillaire supérieur droit, atteint d'ostéo-sarcome volumineux.

Il pratiqua l'incision latérale interne de Nélaton; mais au lieu de la faire aboutir sur la ligne médiane de la lèvre supérieure, il gagna la commissure droite dans le but de mieux masquer la cicatrice.

La tumeur remplissant toute la fosse zygomatique, il fut impossible de passer l'aiguille courbe par la fente sphéno-maxillaire pour conduire la scie à chaîne. L'os malaire dut être séparé à l'aide du ciseau et du maillet, comme l'a d'ailleurs jadis conseillé M. Paulet.

Un appareil prothétique ingénieux a été construit très obligeamment par M. Beauregard, dentiste de Paris.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

JUST CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 30 juillet 1884.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. le baron Larrey offre à la Société une notice sur M. Bouisson, qu'il a lue à l'Académie des sciences.

Guérison d'anus contre nature consécutif à une hernie étranglée, par M. TRÉLAT.

Ce fait tire son principal intérêt du traitement fort simple et absolument innocent qui m'a permis de guérir la malade. Ce traitement consiste dans l'administration alternée de larges purgatifs salins pour évacuer totalement l'intestin, et d'extrait d'opium pour obtenir la constipation.

Le purgatif est donné tous les cinq ou six jours ; dans l'inter-

valle on fait prendre de quatre à huit ou dix centigrammes d'extrait thébaïque, suivant le besoin. Sous l'influence du repos prolongé, l'orifice anormal se rétrécit et, dans certains cas heureux, se ferme totalement. Le changement radical qui se produisit chez notre malade après le premier purgatif et la première période de constipation démontre péremptoirement l'efficacité du traitement. Avant le traitement les matières fécales couvraient une large surface du tégument, qui était rouge et irrité ; aussitôt après, la peau commença à reprendre son aspect normal en même temps que l'orifice se rétrécissait visiblement.

Cette méthode, on le conçoit, ne peut réussir que dans les anus contre nature sans éperon, mieux désignés sous le nom de fistules stercorales. Encore faut-il dire que le succès ne pourra être espéré qu'à une époque rapprochée du début, alors que la peau et la muqueuse intestinale ne sont pas encore rapprochées par une cicatrice définitive. C'est dans ces conditions que j'ai obtenu deux succès complets et peut-être en eussé-je compté un troisième si j'avais pu agir plus tôt. Mes deux succès sont d'abord celui de la présente observation ; puis un autre fort analogue chez une dame que j'opérai à Belleville, il y a vingt et un ans, et dont l'observation figure dans nos bulletins (1863, p. 480). Enfin j'ai cru pendant quelques jours avoir guéri une malade que j'opérai plus tard avec succès par l'entérorraphie, et dont l'observation est insérée dans la thèse inaugurale de mon ancien élève le docteur Barette.

Voici l'observation recueillie par mon chef de clinique, le Dr Petit-Vendol qui a suivi la malade avec d'autant plus d'intérêt qu'il l'avait opérée de sa hernie étranglée.

Observation. — *Guérison d'anus contre nature consécutif à une hernie crurale étranglée.*

La nommée P..., femme B..., âgée de 55 ans, est apportée le lundi 2 juin 1884 à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Trélat, pour une hernie crurale droite étranglée depuis l'avant-veille. Elle nous donne, relativement à l'accident qui l'amène, les renseignements suivants :

Samedi dernier, vers 3 heures après midi, elle fit un effort pour soulever un seau d'eau, et elle croit que c'est à ce moment que sa hernie a dû sortir. Jusque-là elle n'avait rien ressenti d'anormal dans l'aine ; il y avait peut-être bien, dit-elle, une petite grosseur, depuis un an à peu près ; mais elle n'en souffrait nullement, n'y faisait pas attention, et n'avait par conséquent jamais eu l'idée de porter un bandage. Une demi-heure environ après cet effort, la malade fut prise de vomissements, auxquels s'ajoutèrent bientôt des douleurs abdominales vives, sans siège précis. Ces vomissements furent d'abord cons-

titués par des aliments, puis ensuite par toutes les boissons qu'elle essayait d'ingérer. Cet état de choses se prolongea toute la soirée et toute la nuit ; pourtant ce fut lendemain seulement (dimanche) que la malade se décida à faire appeler un médecin. Celui-ci constata la hernie, fit sans chloroforme une tentative de taxis assez énergique et assez prolongée, ne parvint pas à réduire, et prescrivit un purgatif qui resta sans effet. Le soir, il renouvela les mêmes manœuvres de réduction, mais elles restèrent encore infructueuses. Dans la nuit de dimanche à lundi, les vomissements changèrent de nature et devinrent fécaloïdes (couleur jaune verdâtre, odeur fétide). Depuis le début des accidents, aucune évacuation de matières fécales ou de gaz n'a eu lieu par l'anus.

La malade est apportée à Necker le lundi. Elle se plaint vivement de douleurs abdominales qui ont leur maximum au niveau de la hernie. Les vomissements ont cessé depuis le matin ; il n'y a plus que quelques vomituritions, provoquées par l'ingestion des boissons. La voix est un peu voilée ; il n'y a pas de refroidissement, pas de faiblesse ni de fréquence exagérée du pouls ; en un mot l'état général est satisfaisant. La malade est d'ailleurs une femme robuste, que les accidents actuels ont surprise dans un état de santé parfaite. On constate dans la région inguino-crurale droite l'existence d'une tumeur située tout entière au-dessus du pli de flexion de la cuisse, et dont le grand diamètre est obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Cette tumeur, au niveau de laquelle les téguments ont conservé leur coloration et leur mobilité, est bien limitée, dure, tendue, légèrement bosselée ; elle est mate à la percussion ; ses dimensions sont à peu près celles d'un petit œuf de poule. On arrive aisément à reconnaître qu'elle se prolonge dans la profondeur, du côté de l'anneau crural, par un pédicule assez étroit, dur et très douloureux à la pression. L'anneau inguinal est libre. La tumeur est située presque tout entière au-dessous d'une ligne unissant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne. Il s'agit donc d'une hernie crurale, quoique au premier abord la situation élevée de la tumeur par rapport au pli de l'aine et la direction oblique de son grand axe soient susceptibles de faire penser plutôt à une hernie inguinale.

Dans ces conditions, la nécessité d'une intervention est indiscutable, et je me mets en devoir d'opérer, à quatre heures après midi, avec l'aide de MM. Denucé, Phoras et Uribe, internes du service, et de M. Francon.

La malade étant chloroformée, je fais, par acquit de conscience, une courte tentative de réduction, mais si modérée qu'elle mérite à peine le nom de taxis ; c'est en raison du volume de la tumeur que je pensai devoir recourir encore à cette manœuvre préalable, et c'est en raison de la durée de l'étranglement que je n'y mis aucune force et aucune insistance. Le résultat ayant été nul, comme il était facile de le prévoir, je commence aussitôt l'opération.

Le sac est mis à nu par une incision dirigée parallèlement au grand axe de la tumeur ; la partie qui se présente, après la section de la peau

et d'une couche de graisse assez épaisse, est une bosselure, un diverticule du sac, mesurant bien 2 à 3 centimètres de hauteur sur un diamètre égal ; en contournant sa base avec le doigt, on constate qu'elle se continue avec une autre masse plus profondément située et comme étalée sous le fascia cribriformis. Cette bosselure, une fois mise à nu, isolée suffisamment, et bien reconnue pour être le sac, je l'ouvre avec les précautions d'usage. Cette ouverture donne issue à une certaine quantité de sérosité rosée, à laquelle se mêlent, vers la fin de l'écoulement, quelques flocons grisâtres que je ne puis mieux comparer qu'à de la raclure de muqueuse. Nous apercevons alors, tout au fond de la cavité ainsi ouverte, l'intestin hernié parfaitement reconnaissable d'emblée, malgré les altérations que je vais indiquer tout à l'heure. J'évalue à 2 centimètres au moins la distance qui séparait cet intestin du sommet du sac, au niveau duquel j'avais incisé.

La portion d'intestin herniée était brunâtre à son pourtour, tandis que sa partie convexe nous offrait un aspect gris noirâtre, comme marbré. Elle était à peine découverte et abstergée d'un coup d'éponge, qu'avant toute exploration nous vîmes sourdre, par deux petits orifices situés sur cette partie centrale convexe, une matière muqueuse en tout semblable à celle qui avait été entraînée par le liquide du sac lors de l'ouverture de celui-ci. Il y avait donc gangrène et perforation sur la convexité de l'anse herniée.

Je me donnai alors du jour, d'une part, en sectionnant sur la sonde cannelée une lamelle fibreuse, dépendante du fascia cribriformis, qui circonscrivait en dehors et en haut l'orifice de communication des deux portions du sac ; d'autre part, en incisant ce sac de façon à pouvoir le faire étaler avec des pinces à forcipressure. Puis je passai au débridement, après m'être assuré contre la rentrée de l'intestin à l'aide d'un fil traversant le sommet de l'anse perforée. Ce temps de l'opération fut très difficile. L'étranglement siégeait au niveau de l'anneau crural, c'est-à-dire très profondément, et il était très serré. Il me fallut faire deux petits débridements, l'un en haut et en dedans, l'autre directement en haut, avant de pouvoir faire pénétrer un peu mon indicateur gauche dans l'anneau ; guidant alors sur ce doigt l'extrémité mousse de mes ciseaux fermés, je complétai, par une pression dirigée en dedans et en haut, l'élargissement de l'orifice herniaire qu'avait commencé l'instrument tranchant. Aussitôt après cette dernière manœuvre, je sentis enfin que mon index trouvait libre accès vers la cavité péritonéale à travers l'anneau crural, et je pus attirer l'intestin au dehors, très facilement pour le bout intestinal qui était en haut et en dedans, un peu moins facilement pour celui qui était en arrière et en dedans.

Contrairement à ce que je craignais, je trouvai fort peu altérées les parties sur lesquelles avait porté la constriction ; tout se bornait à une petite zone rosée, légèrement déprimée, qui établissait une limite nette entre la coloration brunâtre de l'anse herniée et celle des portions d'intestin situées au-dessus du point étranglé. Je dois ajouter, toutefois, que ces portions d'intestin étaient légèrement injectées et présentaient une teinte rose plus foncée qu'à l'état normal. La partie herniée ne me

parut pas constituée par une anse complète, et il me sembla que le bord mésentérique devait être resté au-dessus de l'étranglement.

Dans ces conditions, que fallait-il faire? Je pensai un instant à réséquer la portion gangrenée et à pratiquer ensuite l'entérorraphie, soit complète et suivie de réduction, soit plutôt incomplète avec anus contre nature de sûreté. Mais, comme le pédicule de la hernie était intact, comme les lésions avaient leur maximum à la convexité de l'anse, autour des perforations, comme je ne pouvais dès lors préjuger jusqu'où s'étendait la surface d'intestin vouée à la mortification, je me dis qu'en faisant la résection, je risquais de substituer aux lésions spontanées existantes une lésion chirurgicale remontant plus haut vers le bord mésentérique, plus grave par conséquent, et à la suite de laquelle, malgré une suture soignée et un anus anormal de sûreté, je ne serais pas tranquille relativement au danger d'un épanchement de matières intestinales dans le péritoine. Il me sembla donc plus sage et plus sûr de m'en tenir aux anciennes pratiques, en fixant l'intestin aux bords de la plaie par quelques points de suture.

J'incisai donc l'anse sur sa convexité, parallèlement à son axe, en passant par les perforations; à ce moment, un flot de matières intestinales liquides, bien reconnaissables à leur aspect et à leur odeur, vint inonder le champ opératoire. Je fixai ensuite de mon mieux les deux feuillets intestinaux aux bords de la plaie par cinq ou six points de suture à la soie de Czerny, après avoir réséqué circulairement les débris exubérants du sac. La friabilité de l'intestin et l'épaisseur des téguments qui faisait la plaie très profonde, rendirent cette fixation malaisée et m'obligèrent à recommencer plusieurs de mes points qui avaient coupé la paroi intestinale; d'autre part, je ne voulais pas trop attirer l'intestin au dehors, pour que l'anus contre nature que j'allais créer n'eût pas d'éperon, ou tout au moins pour qu'il n'eût qu'un éperon aussi peu prononcé que possible, et qu'il fût ainsi plus facile à guérir ultérieurement; aussi ne pus-je que très imparfaitement parfaire les angles de l'anus anormal, et dus-je me contenter d'une fixation suffisante pour empêcher le retrait de l'intestin et pour garantir les bords de la plaie contre le contact des matières fécales. L'anus ainsi formé se trouvait un peu petit (2 centimètres 1/2 à 3 centimètres environ); néanmoins, il admettait facilement le doigt, qui pénétrait sans obstacle dans l'un des bouts (le supérieur, comme le montre l'issue des matières), et dès lors il était suffisant pour l'usage que nous avions à en attendre. Je voulus cependant, par mesure de précaution, placer un gros drain dans ce bout intestinal où le doigt s'engageait; mais lorsque je l'eus, sans difficulté aucune, fait pénétrer à une profondeur de 7 à 8 centimètres, un nouveau flot de matières fécales vint sourdre tout autour de lui, sans même traverser ses orifices; cette évacuation facile me décida à l'enlever aussitôt et à laisser l'anus anormal libre de tout corps étranger.

Je terminai l'opération en réunissant les angles de la plaie cutanée par quelques points de suture au fil d'argent, par-dessus lesquels j'ap-

pliquai une couche de collodion iodoformé. Pansement humide, taffetas gommé, ouate, spica maintenant le tout.

La nuit qui suivit l'opération fut assez agitée. Le lendemain matin, nous trouvâmes la malade sans fièvre, mais incomplètement soulagée de ses douleurs de ventre, et n'ayant encore expulsé par l'anus ni matières, ni gaz. L'anus anormal n'a rien donné non plus; les pièces du pansement sont à peine souillées à son niveau. Les vomissements ne se sont pas reproduits; il n'y a pas de ballonnement ni de sensibilité du ventre. Rétention d'urine.

Le 4 *juin* (surlendemain de l'opération), il y a du mieux; la nuit a été meilleure; la température reste bonne et l'état général satisfaisant. Cependant les coliques n'ont pas complètement cessé, il n'y a pas encore eu d'évacuations par en bas, et l'anus anormal n'a encore presque rien donné. De plus, nous notons une légère teinte ictérique des conjonctives et des téguments.

Le 5 *juin*, l'anus anormal a fourni une notable quantité de matières et il y a eu émission de gaz par l'anus naturel. L'ictère s'est un peu accentué. Les coliques ont cessé. L'état général est très bon. La rétention d'urine persiste, et il faut toujours sonder la malade.

Le 6 *juin* seulement, une première évacuation de matières se fait par les voies naturelles. L'anus anormal fonctionne maintenant d'une façon régulière.

10 *juin*. L'ictère a disparu depuis un ou deux jours. La rétention d'urine a cessé également depuis trois ou quatre jours. La plaie est bien détergée; les portions d'intestins mortifiées se sont détachées petit à petit, ainsi que les sutures qui fixaient l'intestin à la peau. La réunion primitive a manqué aux deux extrémités, et il a fallu au troisième ou quatrième jour enlever tous les fils d'argent; ces deux parties de la plaie sont maintenant en plein bourgeonnement. L'ouverture intestinale admettrait facilement le bout de l'index; elle donne passage à d'abondantes matières presque complètement fécales, semi-liquides, de couleur noirâtre ou verdâtre.

L'apparition de l'ictère, le surlendemain de l'opération, nous amena à remonter plus minutieusement que nous ne l'avions fait jusque-là dans les antécédents de la malade. Elle nous apprit qu'elle jouissait habituellement d'une bonne santé, et que la seule maladie sérieuse qu'elle eût faite avait été une fièvre typhoïde survenue à l'âge de 18 ans; en dehors de cela, elle n'a eu que quelques angines sans gravité. Elle a fait une fausse couche à une époque très voisine du début de sa première grossesse, et elle a eu ensuite cinq enfants à terme; son premier accouchement s'est compliqué d'éclampsie; les suites de ses couches n'ont jamais rien présenté de particulier. Elle a toujours été bien réglée; la menstruation s'est supprimée sans accidents il y a trois ans. L'an dernier, la malade a été prise de douleurs et de gêne dans les mouvements du bras gauche, en même temps que de ptosis de la paupière supérieure gauche; mais ces accidents ont cédé assez vite à un traitement approprié. Les digestions sont bonnes, les selles ordinairement régulières; jamais de coliques hépatiques ni de jaunisse.

En somme, comme on le voit, on ne trouve, dans les antécédents, rien qui donne l'explication de cet ictère suivant de si près l'opération et si promptement dissipé, et il semble qu'il se soit agi là d'un ictère spasmodique d'origine émotive.

Vers le milieu du mois de juin, on a à combattre un violent érythème qui, malgré des applications réitérées de collodion et les soins de propreté les plus attentifs, s'est développé peu à peu autour de l'anus anormal et s'est largement étendu aux régions voisines. Le 25 juin, on renonça à l'usage du collodion, qui ne donnait plus aucun résultat satisfaisant, pour recourir à de larges onctions de vaseline. Une amélioration notable se manifeste à la suite de ce changement, et l'emploi de grands bains journaliers, conseillé par M. Trélat, achève la guérison de cet accident, bien que l'anus anormal continue à fournir abondamment des matières. Il survient toujours de temps en temps, à intervalles assez rapprochés, des évacuations assez copieuses par les voies naturelles. La plaie se rétrécit de jour en jour et ses angles se cicatrisent. La santé générale est parfaite.

En face de cet état de choses satisfaisant, M. Trélat, dans le but de tarir l'écoulement des matières par l'anus anormal et de favoriser ainsi son exclusion spontanée, conseille de recourir à l'emploi alternatif des purgatifs avec l'opium (3 juillet). Ce traitement est aussitôt institué. Dès le premier purgatif (3 verres d'eau de Sedlitz), une amélioration frappante se manifeste, et l'écoulement diminue dans des proportions considérables. A partir du 4 juillet, la malade prend chaque jour 4 à 5 centigrammes d'extrait d'opium. On lui donne, le 10, un nouveau purgatif; un autre, le 17; et un dernier, cinq ou six jours plus tard, en continuant l'opium dans les intervalles. L'amélioration s'accentue rapidement, tant par la diminution de l'écoulement que par les progrès que fait la cicatrisation de la plaie. Le 20 juillet, il y a déjà plusieurs jours qu'il n'est rien sorti par l'anus anormal, lequel est réduit à une toute petite fistule, dont on trouve encore quelquefois les bords un peu humectés de liquide intestinal. M. Trélat considère dès lors la guérison comme assurée et ne réclamant plus que des précautions. En effet, quelques jours plus tard, la plaie est bien complètement fermée; il ne reste plus qu'une cicatrice linéaire, un peu déprimée en raison de l'embonpoint de la malade, et sur le trajet de laquelle on ne distingue plus même la place qu'a occupée l'orifice intestinal. La malade est encore gardée un peu à l'hôpital par mesure de prudence, et le 2 août, la guérison paraissant bien confirmée et la cicatrice solide, elle quitte le service, deux mois jour pour jour après son opération.

Présentation de malade.

Ostéoclasie par l'appareil de M. Robin.

M. Trélat présente, opéré et guéri, un malade qui avait été présenté dans la séance du 20 mai.

Genu valgum double. — Double ostéoclasie. — Guérison sans accidents. — Bon résultat.

Le malade Lug-Ivo (de Ferrare), que vous pourrez examiner tout à l'heure, est un grand et robuste garçon de 18 ans.

Il raconte qu'un accident, survenu dans l'enfance, a dévié ses genoux. Ceux-ci se présentent cependant avec l'aspect habituel du genu valgum des adolescents. L'écartement des malléoles internes est de 30 centimètres.

M. Robin (de Lyon) nous le présenta le 21 mai dernier et me pria de le recevoir dans mon service. J'acceptai avec empressement cette occasion d'observer la marche de la cure consécutive à l'ostéoclasie.

M. Robin vint pratiquer l'ostéoclasie double à l'aide de son appareil, le 26 mai. L'opération fut régulière et rapide. Un gros bruit sec et grave accompagna chaque fracture. Immédiatement on appliqua une gouttière plâtrée, comprenant le bassin et les deux membres inférieurs. Le sujet, avec sa gouttière plâtrée, fut déposé dans une gouttière de Bonnet.

Douleurs vives au niveau des genoux et de l'un des talons pendant vingt-quatre heures ; douleurs modérées pendant les vingt-quatre heures suivantes. Après ces deux jours, plus de souffrance.

Le 3 juin, huitième jour après l'ostéoclasie, l'opéré est extrait de sa gouttière, après avoir été complètement anesthésié par le chloroforme. On pratique la réduction, et les membres redressés sont placés dans une nouvelle gouttière plâtrée de même étendue que la première.

La réduction se fait sans bruit, sans efforts. Quelques légères douleurs dans la journée. Le lendemain, plus aucune douleur.

Le 30 juin, la gouttière plâtrée est enlevée. Les membres inférieurs sont amaigris. La consolidation semble parfaite. A droite, le cal est un peu plus saillant en avant ; à gauche, la saillie est moindre et placée en dehors. Aucune douleur au niveau des cals. L'opéré garde le repos au lit sans aucun appareil.

Le 6 juillet, léger épanchement dans les deux genoux ; aucun mouvement de latéralité. Badigeonnages à la teinture d'iode.

Le 11 juillet, le malade marche avec des béquilles sans aucune souffrance, mais il est pâle, anémié et très maigre de ses membses inférieurs. Douches froides.

Le 25 juillet, marche avec deux cannes.

Aujourd'hui, 30 juillet, la marche s'améliore rapidement. Les membres sont droits ; les pieds reposent bien sur le sol. La maigreur des cuisses et des jambes fait paraître le squelette des genoux très saillant. Dans chaque genou il y a une très petite quantité de liquide ; la rotule n'est soulevée que de 5 à 6 millimètres. Quand lo sujet se tient debout, les deux pieds sur la même ligne, les malléoles internes se touchent, les condyles internes sont séparés par un intervalle de 2 centimètres.

Ce résultat, envisagé dans son ensemble, me paraît excellent. Il faut sans doute que les petites hydarthroses disparaissent et que les muscles reprennent de la vigueur et du volume ; mais le malade n'est opéré que

depuis 64 jours; il n'a quitté son lit que depuis 19 jours, et rien ne porte à croire que la guérison ne doive pas être entière.

En prenant ce malade dans mon service, j'avais surtout projeté de comparer la marche de l'ostéoclasie et celle de l'ostéotomie. J'ai pratiqué cette dernière opération chez une jeune fille de 16 ans, le 19 juin. La date récente de cette opération ne permet aucune comparaison de résultats définitifs, mais nous pouvons comparer la cure opératoire.

Il n'y a eu d'accidents d'aucune sorte chez aucun de ces deux malades. La plaie de l'ostéotomie a été pansée une seule fois, le 16e jour, chez la jeune fille. A l'ablation de l'appareil, le 37e jour, elle était totalement guérie, et, au-dessous, le cal était indolent et solide.

Peut-être la douleur est-elle un peu plus forte pendant les vingt-quatre premières heures à la suite de l'ostéoclasie qu'à la suite de l'ostéotomie; mais il faut tenir compte des variétés individuelles, et notre Italien ostéoclasié est singulièrement expressif et bruyant.

Somme toute, la comparaison de ces deux cas, abstraction faite de l'état ultérieur, que nous ne pouvons connaître, et en nous basant seulement sur la cure opératoire, semble donner l'avantage à l'ostéoclasie, uniquement parce qu'elle est une opération sans plaie.

Il est bien entendu que cette comparaison ne porte que sur deux faits soumis à mon observation; que je n'entends en aucune manière en tirer une conclusion générale, et qu'elle constitue seulement un apport de faits nouveaux dans une question dont notre Société poursuit l'étude depuis longtemps.

Discussion.

M. Verneuil. J'ai eu l'occasion de voir récemment deux malades traités : l'un par le redressement lent, et l'autre par l'ostéotomie. Ces deux malades, bien redressés, marchaient mal. Il y avait des mouvements de latéralité du genou. La démarche n'était pas mauvaise en apparence, mais cette mobilité latérale les fatiguait beaucoup.

M. Bouilly. J'amènerai un jour prochain un malade que j'ai opéré l'année dernière par l'ostéotomie; le résultat est excellent; la marche ne laisse rien à désirer.

M. Berger. Il y a trois particularités assez importantes qui méritent d'être signalées chez le malade de M. Trélat :

1° Saillie considérable des fragments en dehors;

2° Renversement du pied en dedans, ce qui entraîne pour le patient la nécessité de marcher sur le bord interne du pied;

3° Hydarthrose notable.

Ces trois accidents sont très marqués chez ce malade.

J'en ai déjà observé de semblables à la suite de l'ostéoclasie. Aussi, quoiqu'un cas tout récent ne permette pas de juger des ré-

sultats définitifs, je crois qu'il y a lieu de signaler ces faits pour le jugement à venir sur la comparaison de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie dans le genu valgum.

M. Tillaux. Je vous ai présenté, il y a une dizaine d'années, mes premiers malades. Je les ai revus, et je puis assurer qu'ils marchent bien. Parmi ceux que j'ai opérés, un seul, une jeune fille, a gardé un peu de faiblesse dans les genoux. Avec la méthode de M. Robin peut-être cela pourrait être évité.

M. Polaillon. J'ai opéré dernièrement une enfant de 6 ans par l'ostéoclasie avec l'appareil de M. Collin. Le résultat a été très bon. Pourtant l'enfant marche mal, ce qui est dû à un relâchement des ligaments latéraux, que je cherche à corriger par un appareil.

J'ai aussi une jeune fille que j'avais opérée l'année dernière dans les mêmes conditions, et qui ne présente aucun relâchement.

M. Championnière. J'ai présenté, il y a deux ans, à la Société, un malade ayant subi l'ostéotomie, et je viens de faire de nouveau l'ostéotomie double pour un genu valgum. Mes opérations m'ont démontré que ces opérations avaient bien le caractère de bénignité relevé par les initiateurs de la méthode; celui que j'ai actuellement dans mon service en est une preuve.

Mais ce que j'ai vu dans les rares cas qu'il m'a été donné d'examiner, c'est que les malades après l'ostéotomie marchaient mieux que celui que vient de nous montrer M. Trélat. Il est certain, par exemple, qu'il a une hydarthrose considérable qui peut être considérée comme un incident d'une certaine gravité. Il pourrait y avoir là un élément important en faveur de l'ostéotomie.

M. Trélat. Il est difficile de comparer les opérations anciennes avec les nôtres. Je crois que la mobilité après l'ostéoclasie observée autrefois tenait à des moyens insuffisants. Mes collègues MM. Berger et Championnière ont caractérisé l'angle et l'hydarthrose beaucoup trop sévèrement. L'angle externe est une nécessité de la reformation, et ici cela n'est pas exagéré.

Ce malade n'a qu'une petite hydarthrose depuis qu'il commence à marcher. Il guérira.

J'ai présenté ce malade très hâtivement, ce qui rend un peu difficile le jugement définitif. M. Mac Even estime que les malades ne reviennent à marcher que lentement en six mois.

Ce malade-ci est un opéré de M. Robin et non le mien; cependant j'estime que c'est un excellent résultat.

Lecture.

Lecture de M. Kirmisson *sur un cas de trépanation.*

Présentation de malade.

Présentation d'un cas de *syphilis congénitale*, par M. Kirmisson.

Présentation de pièces.

Inversion complète de l'utérus, par M. Polaillon.

M. Polaillon présente un polype d'une forme ovoïde et dont le volume est comparable à celui des deux poings, polype qui a produit une *inversion complète de l'utérus* et qui a dû être enlevé dans les circonstances suivantes :

Une femme de 43 ans est apportée à la Pitié le 25 juillet. Le lendemain M. Polaillon la trouve couchée dans le décubitus dorsal avec ce polype entre les cuisses. La patiente ne donne aucun renseignement et son intelligence paraît fortement altérée. Elle dit seulement qu'elle a perdu du sang et qu'elle a souffert. Le polype se prolonge dans le vagin par un pédicule épais d'environ 3 centimètres de diamètre. En pratiquant le toucher, j'arrive jusqu'au fond du vagin, où je trouve une rainure circulaire autour du point d'implantation du pédicule et pas de col utérin. Cette exploration est douloureuse. Cependant je m'assure en comprimant l'hypogastre, qui n'est pas ballonné, que je ne peux sentir un corps de l'utérus entre le doigt placé dans le vagin et la main appuyée sur l'abdomen. J'en conclue que j'ai affaire à un polype implanté dans le fond de l'utérus, et que ce polype, après avoir franchi le col utérin et ensuite l'orifice vulvaire, a entraîné l'utérus à sa suite en retournant complètement cet organe. J'ai donc affaire à une *inversion totale de l'utérus* par un polype.

La surface du pédicule était recouverte d'une couche grise verdâtre exhalant une odeur infecte de gangrène.

Je procédai immédiatement à la section de ce pédicule, après avoir débarrassé le vagin des sécrétions infectes et des caillots qu'il contenait, avec une solution phéniquée au vingtième.

En outre, pulvérisation phéniquée sur le champ opératoire.

Je coupai le pédicule au niveau de la vulve avec le thermocautère. La section fut faite avec précaution et lentement, sachant

que je pouvais ouvrir d'un moment à l'autre le cul-de-sac du péritoine au nivoau de l'utérus retourné. En effet, en approchant de l'axe du pédicule, je vis que j'avais pénétré sur une surface lisse et polie, qui ne pouvait être que la membrane péritonéale. J'interrompis la section pour placer sur le pédicule, dans le fond du vagin, le serre-nœud à crémaillère et à traction élastique de M. Périer. Cela fait, j'achevai avec le thermocautère la section du pédicule.

On peut voir sur la pièce que je mets sous les yeux de la Société, que le polype est surmonté par une surface lisse, située au centre d'un tissu dense, semblable à celui des parois utérines. Cette surface n'est autre chose que celle du péritoine qui recouvre le fond de l'utérus. L'utérus, en se retournant comme un bonnet de coton, de manière à ce que sa face interne devienne externe, a entraîné avec lui son revêtement péritonéal extérieur.

Cette opération a été faite, il y a cinq jours révolus ; la malade n'a pas de péritonite ; son état est satisfaisant. Je tiendrai la Société au courant des suites de cette opération.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

J. CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 6 août 1884.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° M. le baron LARREY offre, de la part de M. le Dr Vareux (de Lille), sa thèse intitulée : *Du procédé de la cravate dans les luxations anciennes de l'épaule ;*

3° Mémoires couronnés par l'Académie de médecine de Belgique.

Communication.

Énorme hématocèle de la tunique vaginale. Excision de la poche; castration; guérison (présentation du malade opéré), par M. Polaillon.

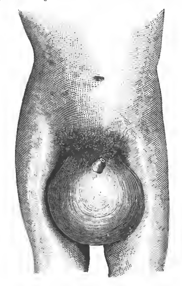
Observation recueillie par les soins de M. P. Berthod, *interne.*
Figure dessinée par M. Janet, *interne du service.*

Le nommé Sacchi (Jean), vitrier, âgé de 57 ans, entre, le 9 juin 1884, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Polaillon (salle Broca, n° 7).

Le malade ne donne que des renseignements très incomplets sur ses parents. Il raconte que son père est mort à 75 ans, probablement d'un ramollissement cérébral. Quant à sa mère, il ignore ce qu'elle est devenue et comment elle a succombé.

Il a eu dans sa vie une fièvre typhoïde. A part cette maladie, il a toujours joui d'une excellente santé.

Il y a deux ans, il a reçu une violente contusion dans l'aine gauche



pendant qu'il portait une caisse de verre. Il attribue à cet accident l'origine de sa tumeur.

Le scrotum se gonfla peu à peu, sans être très douloureux et sans empêcher l'exercice de la profession. C'est seulement depuis quinze jours que le volume des bourses est devenu assez considérable pour obliger le malade à rester couché et à cesser de travailler.

Son facies est pâle, cachectique. Depuis longtemps, le malade digère mal, mange peu, tousse, maigrit; mais il ne présente rien d'anormal à la poitrine. Il n'a pas d'ascite, ni d'œdème aux membres inférieurs. L'auscultation du cœur révèle un léger souffle au premier temps et à la pointe.

Le scrotum est le siège d'une énorme tumeur arrondie, mesurant 58 centimètres de circonférence. Une hernie inguinale gauche, volumineuse, réductible, coiffe la tumeur et semble se confondre avec elle. Le malade s'est aperçu de cette hernie après la contusion du scrotum que nous avons signalée plus haut. Il portait un bandage, mais il a dû l'abandonner à cause du développement des bourses.

La peau des bourses est violacée, fortement tendue, lisse, sillonnée par des veines volumineuses. La pression est assez douloureuse; mais il n'y a pas, ou presque pas, de douleurs spontanées. C'est le poids de cette tumeur et la gêne qu'elle occasionne qui poussent le malade à réclamer une intervention chirurgicale.

Par la palpation, on découvre que le testicule droit est situé un peu au-dessous de l'anneau inguinal du même côté, et qu'il paraît sain. Quant au testicule gauche, il est impossible de le reconnaître au milieu de la masse morbide.

En explorant le pédicule de la tumeur, on en sépare complètement la hernie, qui se réduit facilement, et on peut introduire le doigt dans le canal inguinal, qui est très élargi. On constate en même temps que le cordon spermatique gauche est énorme, et que les vaisseaux, dont on suit les battements, ont pris un développement extraordinaire.

La consistance de la tumeur est uniforme, sans bosselures, élastique, fluctuante; mais la fluctuation est profonde, difficile à séparer du phénomène de l'élasticité. Point de transparence.

La miction se fait normalement. Au dire du malade, les fonctions génitales sont abolies depuis assez longtemps.

M. Polaillon porte le diagnostic d'*hématocèle de la tunique vaginale*, mais avec quelques réserves au point de vue de l'existence d'une tumeur de mauvaise nature, constituant un hydro-sarcocèle. En effet, la maigreur et le facies cachectique du malade commandent de ne pas se prononcer d'une manière absolue.

Le 12 juin, ponction exploratrice avec l'appareil de M. Potain. Le trocart donne issue à un liquide épais, de couleur chocolat, contenant des paillettes brillantes et une pulpe brunâtre formée par des grumeaux de fibrine coagulée, comme on en rencontre dans les anciens foyers hémorragiques.

L'examen microscopique pratiqué aussitôt fait reconnaître la nature sanguine de ce liquide.

Le diagnostic d'une hématocèle est alors pleinement confirmé.

Après la ponction et le retrait du trocart, on voit du liquide sanglant s'écouler goutte à goutte. Cet écoulement persiste toute la journée. En même temps, le malade ressent quelques douleurs et éprouve du malaise.

Craignant qu'il ne se produise quelque inflammation putride dans

cette vaste poche, M. Polaillon se décide à pratiquer l'opération le lendemain de la ponction.

Le 12 *juin*, le patient est chloroformisé.

M. Polaillon circonscrit sur la peau du scrotum une large tranche par deux incisions curvilignes, pratiquées d'avant en arrière avec le thermocautère. La peau et les tissus sous-jacents sont si vasculaires, qu'il faut appliquer de nombreuses pinces hémostatiques. La poche est alors disséquée en remontant vers la racine des bourses, puis ouverte avec le bistouri. Immédiatement une grande quantité de liquide rougeâtre et de matière fibrineuse en grumeaux fait irruption.

Après avoir constaté que les fausses membranes sont très épaisses, dures, et qu'elles emprisonnent le testicule dans un point qu'il n'est pas facile de déterminer, M. Polaillon juge que la décortication est impraticable sans produire de graves lésions sur cet organe. Considérant, en outre, qu'il a affaire à un homme qui n'est plus jeune (57 ans), il se détermine à faire la castration.

Le cordon spermatique présentait au moins le volume d'un intestin grêle distendu. Il fut traversé avec un fil double en soie phéniquée, et lié en deux faisceaux. Une autre ligature en masse fut appliquée au même niveau. Puis, le cordon fut coupé à 1 centimètre au-dessus de ces ligatures. Par mesure de prudence, trois grosses artères dont on voyait le calibre béant sur la section du cordon furent liées avec un fil de catgut.

La plaie opératoire fut exactement lavée avec de l'eau phéniquée au vingtième. Suture avec des fils d'argent. Établissement de deux gros drains. Pansement de Lister.

Le 13 *juin*, T. 38°,9 matin; pouls à 108. L'opéré n'a pu uriner. Cathétérisme de l'urètre. Le pansement est renouvelé sous le spray.

10 centigrammes de sulfate de quinine toutes les deux heures.

Température du soir, 38°,9.

Le 14 *juin*, la nuit a été bonne. La température tombe à 37°,2. Depuis ce jour, la température s'est maintenue à la normale.

Le 15 *juin*, le pansement est renouvelé. La réunion par première intention est obtenue dans une grande partie de la plaie.

Le 16 *juin*, pansement. Ablation de trois points de suture.

Les 17 *et* 18 *juin*, les autres points de suture sont enlevés. La plaie suppure un peu à la partie supérieure de l'incision, près du cordon.

Le 22 *juin*, l'état général est très satisfaisant. L'opéré se lève et passe une partie de la journée au jardin de l'hôpital.

Le 16 *juillet*, évacuation du malade à la maison de convalescence de Vincennes. Les érections, qui ne se produisaient plus depuis plusieurs mois, sont revenues.

Examen de la pièce. — La paroi de l'hématocèle mesure jusqu'à 3 centimètres d'épaisseur. Les fausses membranes qui la composent se séparent facilement en trois ou quatre feuillets. Le testicule était situé à la partie supérieure et externe de la poche. Il était environné de toutes parts par des fausses membranes épaisses, très dures, et qui auraient rendu la décortication impraticable.

M. Polaillon présente l'opéré à la Société. Les bourses ont actuellement leur volume normal. On voit sur leur partie antérieure une cicatrice linéaire se terminant en haut par une cicatrice déprimée. C'est dans ce dernier point que la plaie a suppuré pendant environ trois semaines. La hernie inguinale gauche est facilement maintenue par un baudage. Le testicule droit est volumineux. La perte de son voisin semble lui avoir donné une nouvelle activité fonctionnelle.

Discussion.

M. Bouilly. J'ai eu l'année dernière un malade qui avait une tumeur énorme dans laquelle des ponctions avaient donné lieu à une véritable hémorragie. Il fut ensuite pris de septicémie. J'enlevai une tranche de la tumeur, je cautérisai au thermocautère ce qui arrêta les accidents et il guérit avec une grande rapidité (un mois).

M. Marchand. J'ai opéré quatre de ces grosses tumeurs et je crois que ce sont toutes des hydro-hématocèles, dont la paroi est peu épaisse. La disposition de la paroi n'entraîne donc pas la nécessité d'une opération aussi radicale que la castration. J'ai fait le drainage avec succès deux fois.

Une autre fois, j'ai fait la castration. J'en ai vu une autre énorme il y a 12 ans. Je fis une ponction, la tumeur s'enflamma et le malade guérit spontanément, ayant refusé toute espèce de secours chirurgical nouveau.

M. Berger. Le procédé qui consiste à enlever une tranche appartient à Voillemier, bien qu'il ne l'ait pas fait avec l'écraseur ; mais il avait donné entre ses mains de mauvais résultats.

Il ne faudrait pas confondre les hydro-hématocèles et les hématocèles, car le traitement est différent dans les deux cas.

On peut faire une confusion aisément entre certains sarcomes et certaines hématocèles, cela m'est arrivé, et après ponction j'ai fait la castration.

Dans un autre cas, j'ai fait d'emblée la castration pour une hématocèle vraie. Mon malade a bien guéri, et j'ai du reste pu constater sur la pièce que la décortication eût été impossible. Ce malade eut même le résultat bizarre de redevenir puissant alors qu'avant son opération le volume de la tumeur le condamnait à l'impuissance.

M. Championnière. Il ne faudrait pas accepter la formule de M. Marchand, à savoir que les tumeurs sanguines volumineuses des bourses sont des hydrocèles transformées auxquelles le drainage suffit bien et pour lesquels la castration est un traitement excessif. J'ai opéré l'année dernière, avec un succès très rapide, par

la castration, un homme âgé déjà, portant une tumeur très analogue comme volume à celle opérée par M. Polaillon. A aucune époque, cette tumeur n'avait mérité d'être traitée d'hydrocèle, et elle était constituée par une paroi épaisse complètement confondue avec le testicule et une portion centrale plus molle occupée par du sang presque en nature. Je ne fis aucune ponction, je traitai cet homme d'emblée par la castration.

Non seulement la castration a l'avantage d'être pratiquable, tandis que la décortication est presque constamment impossible, mais elle est fort peu grave.

Elle est, à coup sûr, bien moins grave que la décortication, mais elle est encore bien moins grave que la ponction suivie de drainage. La réunion par première intention est facile; il m'est bien arrivé dans ce cas d'énorme tumeur de n'avoir pas de réunion immédiate du bas de l'incision, et ce fut un incident sans gravité. Le drainage avec ses longues suppurations est un processus de guérison long, douloureux et point absolument exempt de danger; il n'y a pas lieu d'en opposer la simplicité à la gravité de la castration.

M. Desprès. M. Polaillon a essayé la décortication et cet essai a pu lui démontrer que cette opération était insuffisante. Quant à l'excision partielle, elle est beaucoup plus ancienne qu'on ne l'a dit. Le drainage reste une excellente opération.

Mais je trouve qu'on est trop sévère pour les ponctions. J'ai fait à un individu dernièrement deux ponctions qui m'ont donné du liquide chocolat et je n'ai pas vu d'accident. Le malade était levé après quatre jours.

J'ai vu une fois une hématocèle du cordon, j'ai eu une guérison d'une année avec l'injection iodée. J'ai recommencé la ponction et l'injection, et le malade a guéri.

Tout cela prouve que si on ne laisse pas entrer d'air dans la cavité, la ponction n'entraîne pas les dangers qu'on a dit.

M. Reclus. J'ai eu 5 cas à opérer depuis peu.

1er cas simple opéré par la castration.

2e cas un vieillard de 78 ans en pleine septicémie, due à une ponction. L'ouverture large guérit mon malade.

Dans 3 cas où j'ai examiné les pièces des castrations que j'avais faites, j'ai pu constater que la décortication eût été absolument illusoire.

Le testicule n'existait plus à proprement parler. Il n'y a pas de doute, la décortication étant beaucoup plus grave, qu'il n'y a que l'incision ou la castration qui soient possibles.

M. Tillaux. Je crois que la ponction est dangereuse en raison de la disposition de la paroi si elle ne s'affaisse pas.

Quant à la décortication, elle est impossible dans beaucoup de cas, au point que je suis convaincu que M. Gosselin en serait bien peu partisan aujourd'hui.

Mais au cours d'une incision pour une hématocèle peu ancienne, il n'y a pas d'inconvénient à se débarrasser par arrachement de quelques fausses membranes faciles à détacher.

M. Marchand. Les tumeurs sont constituées par une vaginalité plastique avec ou sans liquide. Mais les grosses tumeurs sont toujours des hydro-hématocèles, ce sont des hydrocèles transformées.

M. Després. La décortication raisonnable dite par M. Tillaux n'est pas celle de M. Gosselin, elle appartient à Saviart.

Celle de M. Gosselin, opération beaucoup plus compliquée, est à peu près toujours impraticable.

M. Reclus. On ne devrait dire ni hydrocèle ni hématocèle, mais vaginalite chronique, qui peut faire l'hydrocèle ou l'hématocèle suivant les circonstances. L'examen anatomique de ces cas montre comme la décortication est peu raisonnable.

M. Sée. Pour le drainage je l'ai pratiqué il y a 15 ans après une ponction. Un drainage détermina une inflammation. Sous l'influence des cataplasmes, les accidents disparurent et il guérit après trois mois.

Mais je voulais insister sur la forme de l'incision à faire. Avec une incision antérieure, on croit avoir ouvert, et l'incision se rétractant il y a rétention de pus.

J'ai pensé que l'incision oblique pourrait remplacer avec avantage l'incision antérieure, l'ouverture reste déclive.

M. Polaillon. Il s'est établi ici une confusion. Une vaginale modérément épaisse ne saurait être dans les mêmes conditions que dans les cas où il y a une énorme prolifération vaginale. Dans mon cas, une tumeur longtemps calme s'était développée après nouvelles contusions. Aussi après 2 ans, on était arrivé à une tumeur énorme. Il est impossible d'admettre dans ces cas le drainage comme le voulaient MM. Marchand et Després.

En somme, les longues suppurations dont on nous parle ne sont pas déjà si tentantes.

Quant à la décortication, il est évident qu'elle était impossible.

Pourtant je ferai remarquer qu'en cas d'individus jeunes la décortication est quelquefois possible.

Je suis d'avis que la large incision et la décortication sont beaucoup plus innocentes que les lavages et le drainage.

Mon malade est guéri quoi qu'en ait dit M. Després, malgré une petite cicatrice ulcérée à la base des bourses.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

J. CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 1er Octobre 1884.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux publiés depuis le 10 août;

2° M. Thompson (de Londres) envoie à la Société un volume intitulé : *Des tumeurs de la vessie;*

3° M. Follet (de Lille), membre correspondant, adresse une observation intitulée : *Kyste hématique;*

4° M. Ledentu, éloigné de la Société depuis deux ans par suite d'une grave maladie, annonce qu'il est complètement guéri ; il prie M. le Président d'être, auprès de ses collègues, l'interprète de ses sentiments de reconnaissance pour les nombreux témoignages de sympathie que les membres de la Société lui ont donnés;

5° *Rupture du canal de l'urètre. Urétrotomie externe. Ponction hypogastrique,* par M. le Dr Barthélemy, médecin-major de 1re classe. (M. Chauvel, rapporteur.)

A propos du procès-verbal.

M. DESPRÉS. J'annonce à la Société que l'amputé de cuisse pour gangrène que j'ai présenté a continué à bien aller. Cependant il souffre et demande des injections de morphine; mais il me paraît être devenu un peu morphiomane.

Rapport.

Paralysies faciales traumatiques avec troubles auditifs et otorrhagie, par le Dr L. Véron, médecin-major de 1re classe.

Rapport par M. Chauvel.

La fréquence des troubles auditifs et de l'otorrhagie dans les paralysies traumatiques du nerf facial, lorsque la lésion intéresse la septième paire dans son trajet au travers du rocher, est un fait qui n'a plus besoin d'être démontré. Ce qui est intéressant aujourd'hui, ce qu'a tenté M. Véron, ce qui ne nous paraît pas avoir été fait jusqu'ici, au moins d'une façon précise, c'est d'établir les rapports exacts qui existent entre ces divers accidents, au point de vue de la cause, de la durée, de la curabilité. Consécutives à une fracture du rocher, les paralysies faciales se montrent d'ordinaire rebelles aux médications les plus énergiques, et la surdité qui les accompagne persiste indéfiniment. Telle est la règle générale. Par deux observations des plus nettes, notre confrère de l'armée nous montre (sans le vouloir, il est vrai) qu'il est d'heureuses exceptions. Permettez-moi de résumer très brièvement ces deux faits intéressants:

Observation I. — Un homme de 42 ans, alcoolique, reçut deux coups de canne sur l'oreille et la région préauriculaire; il tombe et reste sans connaissance une demi-heure environ. Il est conduit le lendemain à l'hôpital de Philippeville. Déjà s'est développé un érysipèle qui évolue en 4 à 5 jours. A ce moment, on constate une paralysie faciale droite complète, mais avec intégrité des mouvements de la langue et du voile du palais. La phonation et la déglutition sont normales, le goût n'est pas modifié, la sécrétion salivaire n'est pas modifiée.

Du côté de l'oreille droite, on note : otorrhagie peu abondante pendant les premières heures; douleurs, bourdonnements, suintement purulent, perforation du tympan. Acuité auditive nulle, transmission des vibrations sonores par les os du crâne complètement supprimée. Sauf la surdité, les autres phénomènes disparaissent après quelques jours.

Sous l'influence du traitement (sangsues, vésicatoires volants, faradisation, pointes de feu), les accidents s'effacent dans le courant du troisième mois, et, à la fin de cette période, la guérison était complète ou à peu près.

Obs. II. — Un officier fait, le 12 mars 1884, une chute de cheval, et reste une heure sans connaissance. Le choc a porté sur le côté gauche de la tête, où l'on constate plusieurs contusions et une plaie superficielle. Vomissements, otorrhagie gauche pendant trois heures, peu abondante, sensation de plénitude de l'oreille, violentes douleurs de tête qui persistent le lendemain, acuité auditive nulle pour la montre; aucun trouble nerveux. C'est seulement le 16 mars (4e jour) qu'appa-

raissent les premiers signes d'une paralysie faciale ; elle n'est complète qu'au 6e jour. L'examen de l'oreille, pratiqué par notre collègue le Dr Dieu, montre un peu de rougeur du tympan, mais sans rupture de cette membrane. Bourdonnements, pas de perception des sons par la voie des os du crâne.

Dans ce cas, les suites sont plus simples encore que dans le précédent. Une forte application de sangsues, un vésicatoire, suffisent pour amener une amélioration dès le 10e jour. Au bout d'un mois, dit M. Véron, tous les mouvements de la face sont revenus; la montre est nettement entendue à 12 centimètres, et les vibrations sonores transmises par les os du crâne sont perçues.

Ayant ainsi relaté les phénomènes morbides avec des détails qu'il m'a paru inutile de reproduire, notre confrère se pose les questions suivantes :

1° Où était le siège exact de la lésion du nerf facial? S'appuyant sur la conservation de la sensibilité électrique (mieux vaudrait galvanique), sur la paralysie de l'orbiculaire palpébral, sur la limitation des phénomènes, on peut, dit-il, localiser les lésions dans l'aqueduc de Fallope et en dehors de l'émergence des nerfs pétreux superficiels et de la corde du tympan;

2° Quelle était la nature de cette lésion? Rejetant l'idée d'une fracture du rocher, en raison de l'absence de douleurs à la pression et d'écoulement du liquide céphalo-rachidien, en raison surtout du prompt rétablissement des fonctions auditives, M. Véron conclut à un épanchement sanguin dans l'aqueduc de Fallope, suivi de compression et de *névrite* du facial;

3° Quelle était la cause de l'otorrhagie? La rupture indirecte du tympan dans le premier cas l'explique suffisamment. Chez le second blessé, l'absence de lésions du conduit auditif externe et de la membrane tympanique n'était peut-être qu'apparente, ou bien le sang est venu de l'oreille moyenne, le tympan ne fermant qu'incomplètement la caisse;

4° Quelles étaient la cause et la nature des troubles auditifs? Pour les expliquer, notre confrère admet une déchirure de la muqueuse suivie d'un abondant épanchement de sang dans la caisse du tympan; puis, ne pouvant ainsi rendre compte de l'absence de perception des vibrations transmises par les os du crâne, il suppose que l'épanchement sanguin a gagné l'oreille interne ou s'y est produit spontanément, séparant ainsi le nerf auditif de son conduit osseux.

Il me semble que trop influencé par la rapidité insolite de la guérison de ses deux malades, M. le Dr Véron est allé chercher bien loin l'explication des faits. Les fractures indirectes du rocher n'entraînent forcément ni douleurs violentes à la pression, ni écou-

lement de liquide céphalo-rachidien, ni lésions persistantes par formation d'un col volumineux. Le plus souvent elles ne s'accompagnent d'aucun déplacement et, variables dans leur direction, elles peuvent également n'intéresser ni le tronc du nerf auditif, ni les expansions terminales de ce nerf dans l'oreille interne.

Je ne trouve dans les observations que je viens de résumer aucune preuve du développement d'une névrite du facial, et la localisation des phénomènes, l'absence de contractions cloniques ou toniques, le manque absolu de signes d'irritation, plaident contre l'admission d'une inflammation de la septième paire. D'un autre côté, je ne comprends pas qu'un épanchement de sang dans le canal de Fallope, dans la caisse du tympan, dans l'oreille interne, qu'une rupture et un décollement de la membrane tympanique, aient pu se produire sans une fracture du rocher. Aussi simple qu'on veuille le supposer, la lésion de l'os doit avoir existé.

L'absence de perception des vibrations sonores transmises par les parois du crâne ne démontre pas forcément l'existence d'une lésion de l'oreille interne. Ainsi que l'enseigne Politzer, ce signe diagnostique n'a de valeur que s'il est recherché avec le diapason, et la lecture des observations me fait croire que la montre seule a été employée. Enfin, il me paraît impossible qu'une lésion de l'oreille interne n'ait pas déterminé des troubles auditifs plus persistants. L'ébranlement produit par le choc explique suffisamment l'absence de toute perception auditive pendant les premiers jours, et rend compte de son rapide retour.

Je terminerai par un léger reproche à l'adresse de notre confrère. Il nous donne ses malades comme complètement guéris, alors que la montre n'était entendue qu'à 12 et 15 centimètres de l'oreille. J'en conclurais au contraire que l'audition était encore bien inférieure à la normale. Mais je ne veux pas insister trop longtemps et, laissant de côté plusieurs points de détail relevés dans les observations, je vous propose, Messieurs : 1° de remercier M. le Dr Véron de son intéressante communication ; 2° de déposer honorablement son travail dans nos archives.

Discussion.

Berger. Dans la première observation de M. Véron, l'interprétation pourrait être différente. Un coup de canne sur l'oreille pourrait avoir seulement entraîné une lésion du tympan, une paralysie faciale sans fracture du rocher.

Chauvel. Les observations sont en effet assez obscures mais ne peuvent recevoir une interprétation absolument précise, faute de détails.

Communications.

Note à propos de trente-trois ovariotomies,

Par M. le Dr Terrillon.

J'ai pratiqué jusqu'à ce jour 33 ovariotomies qui ont donné, à la suite de l'opération, les résultats suivants : 29 guérisons et 4 morts.

Toutes mes opérées guéries ont été revues par moi ou m'ont donné de leurs nouvelles, il y a peu de temps. Parmi les 29 qui ont guéri de l'opération, 27 sont actuellement bien portantes ; deux ont présenté des accidents. L'une, à la suite d'une opération incomplète pratiquée il y a deux ans, porte encore une tumeur en voie de croissance mais sans altération notable de son état général ; l'autre, après avoir été complètement guérie pendant huit mois, est morte un an après l'opération, de cancer généralisé.

Je pourrais ajouter à cette série d'ovariotomies deux *incisions exploratrices :* l'une pour un cas de cancer du péritoine, l'autre pour ascite de cause inconnue.

Chez ces deux opérées, l'opération ne produisit aucun accident ; la première mourut un mois après, épuisée par son affection cancéreuse. La seconde guérit non seulement de son opération, mais fut débarrassée plus tard de son ascite. Il s'agit donc de 35 opérations donnant 4 morts.

Je ne parlerai pas ici des hystérotomies que j'ai pratiquées et qui constituent une classe d'opérations tout à fait spéciales dont je parlerai plus tard.

Plusieurs raisons m'ont encouragé à présenter ces résultats de mes ovariotomies, mais la principale a été le désir que j'avais de faire voir, après MM. Péan et Terrier, pour ne citer que ceux qui ont publié une statistique étendue, que nous pouvions, à Paris comme à l'étranger, fournir les statistiques les plus encourageantes pour l'avenir de cette opération.

Les quelques réflexions qui ressortent de ces observations ne sont pas très différentes de celles qui ont été fournies par la plupart des ovariotomistes. Cependant elles peuvent augmenter la valeur de ces dernières et peut-être les modifier dans une certaine mesure. Elles seront donc assez courtes.

Je développerai successivement celles qui s'adressent à la période de l'évolution du kyste qui précède l'opération. Ensuite, celles qui ont trait à l'opération elle-même et à ses particularités

intéressantes. Enfin, je parlerai des résultats et des accidents éloignés.

Symptômes qui ont précédé l'opération.

L'âge des opérées a été réparti de la façon suivante. 6 avaient moins de 30 ans, 18 de 30 à 50 ans, 6 de 50 à 60 ans, enfin, 2 avaient dépassé cet âge, l'une ayant 65 ans et l'autre 68 ans.

C'est donc à l'âge moyen de la vie qu'appartient le plus grand nombre de mes opérées. J'ai noté, dans mes observations, que l'état fonctionnel de l'utérus se répartit de la façon suivante. 18 malades avaient eu deux enfants au moins et quelques-unes davantage, jusqu'à quatre; 7 avaient eu un enfant seulement. 7 n'avaient eu aucun enfant, ni fausse couche. Enfin 3 étaient vierges. Chez plusieurs malades, nous avons trouvé un renseignement curieux sur l'état de l'utérus. Le développement du kyste à son début et son évolution ultérieure s'étaient accompagnés d'hémorragies utérines plus ou moins abondantes. Mais le fait le plus notable, est l'apparition de ces hémorragies après la ménopause, et souvent longtemps après la disparition des règles. Ces pertes peuvent se prolonger à intervalles irréguliers jusqu'à l'opération. Cette dernière particularité a été surtout remarquable chez la malade opérée à 68 ans (obs. 32). Celle-ci a vu des pertes utérines presque régulières accompagner le développement du kyste.

Chez la femme H. (obs. 4), le même phénomène se produisit au début de la tumeur en 1881. Dans ces cas, au moins dans la plupart, l'utérus ne présentait rien de spécial. Il semble donc que l'apparition d'un kyste dans l'appareil utéro-ovarien provoque une congestion suffisante pour entraîner du côté de la muqueuse utérine des hémorragies d'intensité variable.

Chez la plupart de mes malades, j'ai noté des troubles urinaires variés mais ordinairement peu graves. J'ai déjà appelé l'attention sur ces phénomènes dans un mémoire que j'ai publié dans les *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1883, et intitulé : *Rapport des kystes de l'ovaire avec les organes urinaires. Troubles fonctionnels et opératoires qui en sont la conséquence.*

Depuis cette époque, mon opinion sur la nature et les caractères de ces troubles urinaires n'a pas beaucoup varié. Je puis même affirmer qu'il est très rare qu'on ne les rencontre pas à différentes périodes de l'évolution des kystes, lorsqu'on interroge avec soin les malades.

Ils présentent principalement les caractères suivants : envies fréquentes d'uriner, passagères ou persistantes; dysurie, réten-

tion nécessitant le sondage, enfin incontinence avec ou sans regorgement.

Ces troubles sont dus, le plus souvent, à la compression de la vessie ou du col vésical; aussi les rencontre-t-on à l'époque où la tumeur devient appréciable mais plonge encore dans le petit bassin. Plus tard, quand la tumeur remonte dans l'abdomen, cette compression peut cesser et la miction devient normale. Ils ne sont donc nullement en rapport avec le volume de la tumeur, mais, au contraire, avec les connexions de cette dernière avec la vessie. Dans les gros kystes avec prolongement dans le bassin, les inconvénients du côté de la vessie peuvent atteindre une grande intensité, au point d'incommoder considérablement les malades.

Il est rare que, dans ces cas, le toucher ne permette pas de reconnaître la cause de ces troubles vésicaux.

Enfin j'ai vu deux malades chez lesquelles les envies fréquentes d'uriner paraissent avoir précédé de plusieurs mois l'époque présumée de l'apparition du kyste. Il s'était passé là un phénomène semblable à celui que j'ai signalé au début de la grossesse dans ma communication à la Société de chirurgie. (*Bull. Soc. ch.* 1880, p. 184, et intitulé : *Cystite survenant au début de la grossesse et paraissant liée à cet état.*) Des phénomènes d'irritation vésicale pouvant aller jusqu'à la cystite momentanée se montrent quelquefois dans les premières semaines de la grossesse et sont dus, probablement, beaucoup plus à des phénomènes de congestion du voisinage qu'à la compression de la vessie, qui ne pourrait encore exister. Je suppose qu'il se passe, au début des kystes de l'ovaire, un phénomène analogue qui produit des troubles légers dans l'appareil vésical. La plupart des malades avaient subi une ou plusieurs ponctions avant d'être opérés; celles-ci avaient été pratiquées, soit pour diminuer le volume de l'abdomen et rendre les digestions ou la respiration plus faciles, ou soit pour assurer le diagnostic.

Souvent j'ai ponctionné un kyste quelques jours avant de pratiquer l'opération. Il m'est arrivé, dans ces cas, de constater que, malgré l'emploi d'une aiguille fixe, l'orifice pratiqué dans la paroi kystique était resté béant, et pendant le cours de l'opération on trouvait cette ouverture en partie oblitérée par des adhérences qui unissaient la surface du kyste à la paroi abdominale. Ainsi s'explique la formation des adhérences qui succèdent aux ponctions.

Je n'ai pas remarqué que ceci ait des inconvénients pour la suite des opérations; je crois donc les ponctions innocentes lorsqu'elles sont pratiquées avec des instruments propres. Cependant

je ne les pratique que lorsqu'elles me semblent utiles ou nécessaires.

Incidents pendant l'opération.

Parmi mes opérations, le plus grand nombre a été pratiqué dans mon service à l'hôpital de la Salpêtrière (du n° 3 au n° 27 de mes observations).

J'ai trouvé, en entrant dans ce service, une installation spéciale organisée par mon prédécesseur, le Dr Terrier, et grâce à laquelle il avait eu, dans ce même service, de nombreux succès.

Je profite de cette occasion pour remercier mon collègue et ami de tous les bons conseils qu'il m'a donnés. Je remercie également mes amis Charles Monod et Veyssière, qui m'ont assisté dans la plupart de mes opérations.

Deux malades (n° 1 et n° 2) ont été opérés à l'hôpital de la Pitié, dans une salle d'isolement, que M. le Dr Dumontpallier a bien voulu me prêter.

Enfin, six opérations ont été faites dans ma clientèle, à Paris ou en province (du n° 28 au n° 33 du tableau). J'ajouterai que, dans tous les cas, les préceptes les plus minutieux de la méthode de Lister ont été suivis avec soin, et que j'ai toujours employé le spray phéniqué sur tout le champ opératoire.

Les différentes variétés de kystes que j'ai rencontrées peuvent se classer ainsi : trente kystes multiloculaires plus ou moins complexes, deux kystes para-ovariens, un kyste dermoïde.

Au point de vue des difficultés opératoires, on peut les diviser en trois catégories :

La première, qui comprend les kystes n'ayant présenté aucune adhérence, ou des adhérences tellement faibles ou insignifiantes qu'on peut les négliger. Cette première variété comprend onze cas dans lesquels l'opération a été simple et rapide.

Dans la seconde catégorie se trouvent les kystes qui ont présenté des adhérences plus ou moins résistantes avec la paroi abdominale, l'épiploon, l'intestin, les parois pelviennes, etc. Ces adhérences étaient constituées par des liens fibreux, traces d'inflammations plus ou moins anciennes, nécessitant une dissection minutieuse et souvent pénible, donnant souvent du sang avec abondance et entraînant enfin la nécessité de laisser dans l'abdomen des ligatures multiples. Quatorze kystes se trouvaient dans ces conditions et ont rendu souvent l'opération longue et difficile.

Enfin, dans une troisième classe, je rangerai les kystes qui sont infiltrés dans les deux feuillets du ligament large et ont pris avec

ceux-ci, aussi bien qu'avec la vessie et l'utérus, des connexions plus ou moins intimes.

Dans un travail présenté à la Société de chirurgie, en 1883 (27 juin), et intitulé : *Du rapport qui existe entre les kystes de l'ovaire et le ligament large, ses conséquences à propos de l'ovariotomie* (*Revue de chirurgie*, 1884), j'ai insisté sur les inconvénients de cette disposition spéciale. Celle-ci s'est présentée dans huit opérations (cinq kystes multiloculaires, deux para-ovariens, un dermoïde).

Je ferai remarquer que c'est dans quatre de ces cas (infiltration dans le ligament large) que l'opération a dû rester incomplète, et que je n'ai pu détruire tous les liens fibreux qui unissaient le kyste aux parties voisines. J'insiste sur ce fait, parce que, dans tous les cas où les adhérences étaient purement inflammatoires, j'ai toujours pu enlever la totalité du kyste. Comme la plupart des chirurgiens, j'ai noté qu'en général on ne peut avoir que des présomptions sur la présence, l'étendue et la consistance des adhérences. Ces présomptions sont tirées surtout des antécédents, tels que poussées péritonéales, douleurs persistantes et localisées dans une partie du kyste, enfin l'immobilisation de l'utérus.

J'ai noté chez plusieurs malades que des douleurs abdominales persistantes avec augmentation de la chaleur de la région, élévation de la température générale, avec exacerbation le soir, coïncidaient avec la présence d'adhérences de nouvelle formation constatées pendant l'opération.

Je crois que cette péritonite, à développement lent, subaigu, doit être prise en considération pour le pronostic de l'opération, et je crois qu'elle a été, dans les observations 12, 24 et 32, la cause probable des accidents inflammatoires qui ont envahi le péritoine après l'opération et ont entraîné la mort.

Il semble que la péritonite latente ait été réveillée par les manœuvres opératoires, le décollement des adhérences et qu'elle ait pris une extension rapide qui a tué les malades déjà affaiblies par la fièvre antérieure.

Il m'est arrivé plusieurs fois dans le cours de l'opération, surtout lorsqu'il s'agissait de kystes multiloculaires à poches multiples ayant des parois minces et friables et à contenu gélatineux, de produire des ruptures suivies de chutes d'une certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale. Malgré cet accident et lorsqu'on a eu soin de nettoyer attentivement le péritoine, la guérison est survenue sans encombre.

Dans toutes les opérations complètes, la ligature du ou des pédicules a toujours été faite avec du cordonnet de soie phéniqué, très résistant; ces ligatures étaient toujours doubles et formant des

anses, disposées, l'une par rapport à l'autre, comme les anneaux d'une chaîne.

Souvent plusieurs anneaux semblables étaient appliqués sur le pédicule lorsqu'il était volumineux.

Toujours le pédicule à été abandonné dans l'abdomen.

Les ligatures des adhérences ont été faites le plus souvent avec du catgut de différent calibre. Je n'ai vu survenir aucun accident imputable à ces ligatures, quel qu'en fût le nombre. Jamais je n'ai fait de drainage dans les ovariotomies complètes, malgré l'étendue souvent considérable des adhérences rompues et des surfaces saignantes. Celles-ci ont été plusieurs fois touchées avec le fer rouge lorsque le sang coulait en nappe.

Il m'a toujours semblé que le drainage devait être plus dangereux qu'utile, même dans ces cas.

Je ne crois pas pouvoir attribuer à l'absence de drainage la mort d'aucune de mes opérées, car sur les trois qui moururent de péritonite, on ne trouva que peu ou pas de liquide dans le péritoine. Le drainage a été réservé aux cas dans lesquels l'opération restant incomplète, il est nécessaire de favoriser l'écoulement des liquides produit par la poche kystique qui demeure en attendant son oblitération définitive.

Les sutures de la paroi abdominale ont été faites avec du fil d'argent, en adossant les surfaces péritonéales ; elles ont été enlevées du 8e au 11e jour. Assez souvent j'ai vu survenir, sur le trajet des fils, de petits abcès qui ont retardé la guérison définitive des malades, mais sans entraîner d'accidents. Malgré les soins de propreté et les précautions nécessaires, je n'ai pu les empêcher de se développer.

La durée de l'opération a été notée avec soin dans chacune des observations. Les opérations les plus simples ont duré de 28 à 35 minutes. Dans les autres, il fallut une heure, une heure et quart et même plus. Je ferai remarquer, à ce propos, qu'il ne me semble pas possible d'attribuer au temps nécessaire à l'opération une importance considérable pour le pronostic ultérieur. Beaucoup de malades guérissent sans aucun accident, chez lesquelles l'opération a duré aussi longtemps, même plus que chez celles qui ont eu de la péritonite mortelle. Il est vrai que toutes celles chez lesquelles l'opération a duré aussi longtemps ont présenté des adhérences exigeant des manœuvres souvent pénibles et des ligatures multipliées. Tout cela sans entraver la guérison. Ce n'est donc pas le nombre des minutes qu'a duré l'opération qu'il faut incriminer, mais bien la valeur et l'étendue des adhérences, et par conséquent des surfaces saignantes, absorbantes, qui subsistent dans la cavité péritonéale. Il faut bien tenir compte aussi de ces

péritonites latentes qui existaient avant l'opération, et dont le rôle important me paraît propice à produire une péritonite rapide et mortelle.

J'ajouterai, pour confirmer ce que je viens de dire, que les malades atteintes d'adhérences insignifiantes ou nulles ont guéri rapidement.

Parmi les suites ordinaires de l'opération, je trouve signalés des symptômes souvent inquiétants au début, tels que vomissements incoercibles et durables, coliques abdominales ou utérines violentes. Ces phénomènes, d'apparence redoutable, ont toujours cédé après quelques heures ou quelques jours, et sans accidents. Il ne faut donc pas s'effrayer outre mesure de leur intensité. Il en est de même de la température; chez la plupart des malades qui guérissent, celle-ci ne dépasse guère 38°,5 à 39°. Mais j'ai vu guérir plusieurs malades qui avaient des températures très élevées, 39°,8, 40°,3; et cela pendant quelques jours. Je pourrais donc dire, mais je n'ose affirmer, que la température, même élevée, à moins de se prolonger pendant plusieurs jours, n'indique pas un pronostic fatalement grave.

Je n'insisterai pas sur certains détails qui n'ont, pour moi, qu'une importance très minime au point de vue chirurgical, et dont la valeur est depuis longtemps jugée. Je veux parler des symptômes variables avant l'apparition du kyste, du poids de ce dernier, de l'œdème des jambes et de l'ascite dus à la compression des veines. Tous ces détails ont été notés avec soin dans mes observations.

Je pourrais en dire autant du début apparent de la tumeur, lequel est variable suivant l'évolution plus ou moins rapide de celle-ci et suivant qu'elle provoque ou non des douleurs. Ce qui paraît ressortir de mes observations, c'est que le plus grand nombre de mes malades ont été opérés environ un an et demi après le début apparent, et que l'ancienneté du kyste correspondait souvent avec des adhérences étendues et résistantes.

Causes de la mort chez mes 4 opérées.

Ces causes sont faciles à connaître et seront exposées brièvement.

Celle de l'observation (obs. 9) portait deux kystes multilobulaires. L'un fut enlevé sans de trop grandes difficultés, il ne présentait que des adhérences inflammatoires. L'autre, infiltré dans le ligament large, avait pris avec la vessie des connexions tellement intimes qu'il fut impossible de l'enlever. Une partie du kyste fut

réséquée et fixée à la paroi abdominale et la poche principale drainée par le vagin.

J'espérais ainsi empêcher des accidents immédiats et retarder, pendant un certain temps, le développement ultérieur des parties solides du kyste. Tout alla bien pendant une douzaine de jours. Puis se déclara une péritonite lente qui amena la mort de la malade. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une péritonite purulente généralisée, due à la perforation lente de la paroi du kyste qui séparait la cavité péritonéale de la poche suppurante : il y avait donc péritonite purulente par propagation.

La malade de l'observation (obs. 12) était, avant l'opération, dans un état d'affaiblissement considérable. Elle avait eu plusieurs poussées de péritonite violente et depuis quelque temps, le ventre était douloureux, elle avait la fièvre presque continue avec exacerbation, le soir. Aussi je ne me décidai à pratiquer l'opération que sur les instances réitérées et prolongées de la malade. L'opération fut longue, très laborieuse, à cause des adhérences généralisées : le kyste était en partie suppuré.

La malade mourut d'épuisement, le 3e jour, sans présenter de symptômes saillants.

On ne trouva, à l'autopsie, que des traces très vagues de péritsnite, et l'état des parties où existaient les adhérences paraissait satisfaisant.

Il n'y avait pas de liquide dans le bassin.

La jeune fille de l'observation (obs. 24) avait eu plusieurs poussées récentes de péritonite. A cause du volume considérable du kyste, qui était ancien, la surface des adhérences était très étendue. Vers le 4e jour, après des oscillations qui avaient fait espérer la guérison, survint un ballonnement brusque et énorme du ventre, avec vomissements, indices d'une péritonite. Chez cette malade, le ballonnement fut tel que la plaie abdominale se rouvrit, entre deux sutures, accident qui hâta peut-être encore la mort. A l'autopsie, on trouva une péritonite avec des adhérences, mais sans liquide. Il y eut également péritonite latente, pendant les premiers jours, chez la malade du n° 32 (âgée de 68 ans). Celle-ci avait, avant l'opération, ces mêmes symptômes du côté du ventre, et avec cette fièvre, s'exaspérant le soir, dont j'ai déjà parlé.

L'opération fut très pénible. Ces adhérences étaient très étendues, très résistantes.

L'autopsie n'a pu être faite.

Suites et accidents éloignés.

Chez les opérées dont l'opération fut complète, je n'ai que peu de choses importantes à signaler.

Une d'elles (obs. 8) devint enceinte huit mois après sa guérison, et elle eut un enfant actuellement bien portant. Une autre fit une fausse couche de six semaines un mois après l'opération, alors qu'elle était sur le point de sortir de l'hôpital (obs. 18).

Une seule malade (obs. 4) eut une éventration de moyenne étendue au niveau d'une cicatrice très longue. La cause de cette éventration fut la négligence de la malade, qui se livra à des travaux pénibles sans porter sa ceinture abdominale avec exactitude. Elle n'est du reste que très peu incommodée par cette infirmité. J'ai noté chez la plupart de mes malades une augmentation assez rapide de l'embonpoint, non seulement chez celles qui étaient amaigries par le fait de la présence du kyste dans l'abdomen, mais aussi chez les malades dont la santé générale n'avait pas souffert d'une façon notable après l'opération.

La jeune femme de l'observation 6 était sortie après une guérison rapide et avait repris ses occupations à la campagne. Au bout de huit mois elle rentra à la Salpêtrière, portant une masse sarcomateuse développée dans la cicatrice abdominale ; chez elle, le kyste multiloculaire enlevé pendant l'opération n'avait présenté aucun caractère spécial. La surface interne de la poche principale présentait des végétations abondantes et déjà volumineuses, mais ce caractère est assez fréquent. Cette tumeur de la cicatrice alla rapidement en augmentant, les noyaux secondaires se développèrent dans la paroi de l'abdomen ; les organes internes furent envahis et la malade dépérit rapidement. Elle retourna alors dans son pays, où elle mourut un an après l'opération. Cette opération est des plus intéressantes, car si on cherche avec soin les nombreux cas d'ovariotomie publiés, on trouve assez fréquemment la mention d'une récidive cancéreuse. Ce fait serait du reste assez en rapport avec l'opinion émise par Malassez et de Synety sur la nature des kystes ovariques, qu'ils considèrent comme des épithéliomas, c'est-à-dire des tumeurs malignes, isolés dans l'ovaire mais capables de généralisation.

Je n'insiste pas sur ces faits intéressants, car je me propose de présenter bientôt un travail d'ensemble sur ce sujet, qui a été déjà ébauché dans la thèse d'un de mes élèves. (Thèse de Bourguelle, 1884.)

Deux de mes opérations incomplètes pour des kystes para-ovariens et traitées par le drainage donnèrent une guérison dans de bonnes conditions.

Chez la première (obs. 9), la poche, drainée par la voie vaginale, fut comblée en quinze jours.

Observation 33. Le kyste para-ovarien était biloculaire, très étendu, et il fallut près de deux mois pour combler la partie du kyste qui restait dans l'abdomen.

Enfin l'opération incomplète (obs. 30), dans laquelle on laissa dans l'abdomen une grande partie d'un kyste multiloculaire à petites loges et à parois végétantes, infiltrées dans le ligament large; il n'y eut pas de guérison radicale, mais ce qui restait de la tumeur repullula tellement lentement que, actuellement, la malade jouit encore d'une bonne santé malgré la présence d'une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte.

Conclusions.

Il me semble difficile de tirer des conclusions bien importantes avec un aussi petit nombre d'opérations, d'autant plus qu'elles ne feraient que concorder, en grande partie, avec celles de chirurgiens qui ont donné des statistiques plus étendues. Je me contenterai donc de faire part de mes impressions à la suite des opérations que j'ai pratiquées.

Il me semble qu'actuellement les contre-indications de l'ovariotomie sont devenues de plus en plus rares à mesure que l'opération a donné des guérisons plus nombreuses.

J'ai opéré, sans les choisir, toutes les malades qui se sont présentées à moi, à moins de contre-indication absolue tirée de la maladie d'un organe important. Les adhérences anciennes et résistantes, quelle qu'en soit leur étendue, ne paraissent plus être un obstacle ni à l'opération ni à la guérison.

Sur quatre opérations incomplètes que j'ai pratiquées, il s'agissait de kystes infiltrés dans le ligament large, dont deux para-ovariens et deux multiloculaires.

Je sais que rien n'est plus mortifiant, pour un chirurgien qui a commencé une opération, de ne pouvoir la continuer, ni la terminer. Mais, comme il est presque impossible de prévoir les obstacles qui pourront se présenter, cette considération ne doit pas nous arrêter, car on peut toujours espérer terminer une opération difficile.

Du reste les opérations incomplètes, quelles que soient leur gravité primitive ou leurs chances de récidive, quand il s'agit de kystes multiloculaires, peuvent encore permettre la guérison ou la prolongation de l'existence.

Observations résumées.

1. — Mme L..., âgée de 23 ans. Deux enfants. Malade depuis un an, sans accident notable.

Opérée en septembre 1880. Adhérences épiploïques nombreuses. Ablation complète d'un kyste multiloculaire pesant 8 kilogrammes. Durée de l'opération : une heure. Guérison rapide, sans accident (hôpital de la Pitié).

2. — Mme X..., 28 ans. Sans enfants. Début de l'affection : 1 an et demi. Opération : 20 septembre 1880. Kyste multiloculaire à petites loges remplies de liquide gélatineux, qui nécessite l'évidement avec la main et les éponges. L'ensemble du kyste pesait 9 kilogrammes. Durée de l'opération : une demi-heure. Guérison rapide et facile (hôpital de la Pitié).

3. — Mme L..., 32 ans. Deux enfants. Début : il y a 4 ans. Elle a subi six ponctions de 12 à 18 litres chacune. Accident de péritonite à la suite. Opération : 28 mai 1881. Adhérences considérables avec la paroi abdominale et avec l'épiploon. Déchirure des veines du bassin suivie d'une hémorrhagie très abondante. On avait extrait 22 kilogrammes de liquide. La partie solide du kyste pesait 9 kilogrammes ; l'autre ovaire, du volume des deux poings, fut enlevé. Guérison rapide. L'opération avait duré une heure et quart.

4. — Mme H..., 65 ans. Sans enfants. Début : environ 1 an. Trois ponctions avant l'opération. Opération : 26 septembre 1882. Ablation d'un kyste multiloculaire du poids de 3 kilogrammes. Il en a été extrait 3 kilogrammes de liquide. Durée de l'opération : trente-cinq minutes. Guérison rapide.

5. — Mme S..., 45 ans. Deux enfants. Début de l'affection : 2 ans. Opération : 3 octobre 1882. Poids du kyste multiloculaire : 4 kilogrammes. On a retiré 19 litres de liquide de deux grandes poches. Opération : 45 minutes. Guérison.

6. — Mme D..., 24 ans. Un enfant. Début : 6 ans. Une ponction donne 7 litres de liquide coloré. Opération : 4 décembre 1882. Adhérences épiploïques légères. Adhérences étendues dans le bassin. On extrait 10 litres de liquide. La tumeur pèse 5 kilogrammes. Rien de particulier dans l'aspect du kyste, sauf des végétations à la surface interne de la grande poche. Durée de l'opération : une heure et quart. Guérison. Après huit mois, la malade revient à la Salpêtrière, avec une tumeur d'apparence sarcomateuse dans la cicatrice.

Elle meurt de généralisation, un an après l'opération.

7. — Mme R..., 26 ans. Pas d'enfants. Début : il y a 4 ans. Une ponction a donné un liquide très peu coloré qui s'est reproduit. Opération : le 16 décembre 1882. Kyste para-ovarien, uniloculaire, infiltré dans le ligament large gauche. Résection et décortication d'une partie de la poche. Impossibilité d'enlever la partie profonde. Drainage. Opération : dure une heure. Guérison après quinze jours.

8. — Mme C..., 25 ans. Deux enfants. Début indéterminé. Ponction avant l'opération, qui donne 4 litres de liquide. Opération 15 janvier

1883. Adhérences abdominales minces. Kyste multiloculaire avec grande poche. Poids : 3 kilogrammes. Liquide : 5 litres. Opération : dure 28 minutes. Guérison. Elle devint enceinte en septembre 1883 et accoucha dans de bonnes conditions.

9. — Mme H..., 58 ans. Un enfant. Début : 6 ans. Affaiblie, état général médiocre. Ponction donnant 900 grammes de liquide très visqueux. Opération : 13 février 1883. Deux kystes multiloculaires inclus tous les deux dans le ligament large. Celui de droite, enlevé complètement après décortication. Celui de gauche ne peut être enlevé; on réunit ses bords à la plaie abdominale et il est drainé. Durée de l'opération : une heure quarante-cinq minutes. État général satisfaisant, pendant les premiers jours. Vers le quinzième, affaiblissement progressif, frisson ; mort le vingt-troisième jour. On trouve une péritonite purulente qui est le résultat probable d'une perforation de la paroi kystique, ayant fait communiquer la poche suppurante avec la cavité péritonéale.

10. — Mme B..., 38 ans. Deux enfants. Début : 1 an. Développement rapide. Une ponction de 6 litres de liquide verdâtre. Opération : 26 février 1883. Le kyste multiloculaire, avec adhérences à la paroi abdominale, composé de deux masses presque distinctes dont l'axe occupe le bassin. 4 litres de liquide. Le reste pèse 5 kilogrammes. L'autre ovaire kystique, du volume du poing, est enlevé. L'opération a duré quarante-cinq minutes.

11. — Mme A..., 39 ans. Trois enfants. Début : 1 an. Une ponction. Opération : 13 mars 1883. On enlève 7 litres de liquide. On reconnaît que la tumeur, multiloculaire, est infiltrée, en grande partie, dans le ligament large. Ligature de deux pédicules vasculaires.

L'autre ovaire kystique, du volume du poing, est également enlevé. La partie solide du kyste pesait $1^{kg},150$. L'opération a duré une heure quinze minutes. Guérison.

12. — Mme L..., 38 ans. Début : 8 mois. Phénomène de péritonite dès le début. Le 4 janvier 1883 : ponction dans le service de M. Verneuil. Poussée de péritonite. Depuis, amaigrissement, fièvre nocturne, état général très mauvais. Opération : 5 avril 1883. Plusieurs poches sont ponctionnées, dont deux contiennent du pus. Adhérences avec la paroi abdominale, les parois pelviennes et le bord de l'utérus ; elles sont résistantes et rendent l'extraction très pénible. Perte de sang assez considérable. Opération : dure une heure vingt minutes. Après l'opération : abattement extrême ; bintôt les accidents, du côté du péritoine, se déclarèrent et déterminèrent la mort le troisième jour.

13. — Mme T..., 50 ans. Deux enfants. S'aperçut de la présence d'une grosseur, dans le côté gauche de l'abdomen, en 1876. Opération : le 27 mai 1883. 3 litres et demi de liquide et 2 kilogrammes et demi de la tumeur multiloculaire. Le pédicule était très épais et très court. L'opération dura trente-cinq minutes. Guérison.

14. — Mme V..., 42 ans. Trois enfants. Début : quatre ans. Amaigrissement. État général médiocre. Une ponction donne 3 litres et demi de liquide. Opération : 5 juin 1883. Les deux ovaires sont atteints

de kystes multiloculaires. Le kyste de droite pesait 3kg, 400 et le petit 1kg, 100. L'opération dura trente minutes. Guérison.

15. — Mme M..., 48 ans. Deux enfants. Début : remonte à six ans. Malade amaigrie, cachectisée. Une ponction donne 12 litres de liquide. Opération : 27 juin 1883. Adhérences abdominales épiploïques légères. Le kyste est formé presque exclusivement d'une grande poche, avec partie épaissie de la paroi contenant des petits kystes. L'opération dura trente-deux minutes. Guérison.

Mme M..., 55 ans. Deux enfants. Début de la maladie au commencement de janvier 1883. Ponction qui donne quelques gouttes d'une substance très gélatineuse. Opération : le 1er août. Adhérences résistantes à la paroi abdominale. Adhérences très intimes avec l'intestin-grêle, lequel est disséqué en partie, et suturé avec du catgut. Pédicule très court et très épais. Le poids du kyste est de 8 kilogrammes. Il est formé presque exclusivement par une grande poche, contenant un liquide épais comme de la gélatine. L'opération a duré quarante-cinq minutes.

17. — Mme B..., 33 ans. Vierge. Début : il y a 7 ans. Ventre énorme. Faeies ovarique typique. Ponction de 17 litres de liquide brun. Opération : 3 août 1883. Adhérences, nombreuses et très dures, avec la paroi abdominale. Elles donnent beaucoup de sang. Pédicule court. Partie solide du kyste : 3 kilogrammes. L'opération a duré cinquante-huit minutes. Guérison.

18. — Mme M..., 28 ans. Un enfant. Début : 1 an. Accident de péritonite il y a cinq ou six mois. Ponction donne un demi-litre de liquide très gélatineux. Opération : 18 août 1883. Du côté droit, adhérences très résistantes avec la paroi abdominale et le gros intestin. Kyste très multiloculaire, qui se rompt dans le péritoine. L'opération dura une heure. Le poids du kyste était de 3 kilogrammes et demi. La malade guérit rapidement. Le 17 septembre, elle fit subitement une fausse couche : le fœtus pouvait avoir 2 mois à peine. Elle sortit très bien guérie.

19. — Mme Z..., 57 ans. Sans enfants. Début : il y a 4 ans. Sept ponctions. Avant son entrée, une, le 2 août, qui donne 8 litres et demi de liquide rougeâtre filant. Opération : 24 août 1883. Ascite. Le liquide ne pouvait s'extraire. On fait une incision très longue qui permet de faire sortir le kyste en masse. Une partie du kyste s'est infiltrée dans le ligament large, et cette disposition fait qu'on a un pédicule large comme la main. On le divise en quatre segments qu'on lie séparément. Poids du kyste : 7 kilogrammes, sans compter le liquide perdu. L'opération a duré 55 minutes.

20. — Mme B..., 45 ans. Quatre enfants. Début : il y a 5 ans. Poussées fréquentes de péritonite. Ponction. Opération : le 31 octobre 1883. Incision très longue. Adhérences très intimes avec la paroi abdominale, l'intestin et l'épiploon. Hémorragie en nappe. Emploi du fer rouge. 6 litres de liquide et 5 kilogrammes de partie solide. L'opération a duré une heure et quart. Guérison sans accident.

21. — Mme M..., 44 ans. Deux enfants. Début : il y a 4 ans. Poussée de

péritonite. Opération : 20 novembre 1883. Adhérences très nombreuses et très résistantes dans le petit bassin. Hémorragie profonde qui nécessite de nombreuses ligatures, difficiles à appliquer. Pédicule court, très épais. 14 litres de liquide et 1 kilogramme de partie solide très multiloculaire. Paroi fibro-cartilagineuse par place. L'opération a duré une heure et quart. Affaiblissement très grand de la malade après l'opération. Guérison.

22. — Mme B..., 56 ans. Trois enfants. Début : 9 mois. Opération : 20 décembre 1883. Kyste dermoïde infiltré dans le ligament large. Décortication complète. Poids de la tumeur : 10 kilogrammes. Durée de l'opération : une heure vingt minutes. Guérison rapide.

23. — Mme P..., 44 ans. Un enfant. Début : un an. Ventre énorme : 117 centimètres de circonférence. Œdème des jambes et de la paroi abdominale. Deux ponctions de 6 litres dans l'une des poches. Opération : 27 décembre 1883. Adhérences épiploïques nécessitant dix ligatures. Adhérences très étendues dans le flanc gauche. Rupture de la tumeur, en arrière, dans le péritoine. Pédicule très court et difficile à former. La tumeur multiloculaire et le liquide pèsent 18 kilogrammes. L'opération a duré une heure cinquante. Malgré l'affaiblissement de la malade, des escarres consécutifs, la malade sort guérie après 5 semaines.

24. — Mme A...; 33 ans. Vierge. Début : il y a 8 mois. Poussées fréquentes de péritonite. État général mauvais. Amaigrissement. Ventre énorme. Ponction de 7 litres. Opération : le 3 janvier 1884. Adhérences très anciennes, très saignantes, nécessitant de nombreuses ligatures sur l'intestin, l'épiploon et la paroi abdominale (18 ligatures).

On extrait des kystes 18 litres de liquide, et le poids de la partie solide du kyste est de 22 kilogrammes. L'autre ovaire, gros comme une orange, est enlevé également. L'opération a duré une heure et demie. Morte de péritonite le septième jour.

25. — Mme B..., 35 ans. Sans enfants. Début probable : 10 ans. Accident de péritonite en 1882. A cette époque, ponction de 15 litres. Liquide chocolat. Opération : 28 février 1884. Adhérences très anciennes, mais limitées à la paroi abdominale. 19 litres de liquide. 3 kilogrammes de partie solide. L'ovaire du côté opposé, légèrement kystique, est enlevé. Durée de l'opération : trente-cinq minutes. Guérison rapide.

26. — Mme C..., 47 ans. Deux enfants. Début : 18 mois. Douleurs vagues, sans péritonite franche. Opération : 27 mars 1884. Adhérences légères abdominales et épiploïques. Poids de la tumeur : 12 kilogrammes. Durée de l'opération : trente-cinq minutes. Guérison.

27. — Mme P..., 44 ans. Un enfant. Début : 2 ans. Poussées de péritonite. Péritonite latente, avec fièvre, quelque temps avant l'opération. Pertes pendant l'accroissement du kyste. Adhérences abdominales, épiploïques et intestinales. Kyste multiloculaire avec une grande poche prédominante. Liquide : 5 litres. Poids de la partie solide : 2 kilogrammes 500 grammes.

Durée de l'opération : cinquante-cinq minutes. Guérison.

Paris, Société d'imp. PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 45.11.84. *Le Gérant* : G. MASSON.

28. — Mme A..., 50 ans. Pas d'enfants. Début : 3 ans. Ponction le 7 décembre 1881 ; donne 10 litres de liquide bien filant. Opération : 12 décembre 1881. Adhérences épiploïques nombreuses. Pédicule large ; plusieurs ligatures. Poids du kyste : 3 kilogrammes. Il est multiloculaire. Durée de l'opération : quarante minutes. Guérison rapide.

29. — Mlle X... (de Bourges), 19 ans. Vierge. Début : 4 ans. Quatre ponctions antérieures ayant donné de 12 à 15 litres de liquide brun filant. Poussées de péritonite multiple. État général très affaibli. Albuminurie. Opération : 12 mars 1882. Adhérences totales, surtout à la paroi abdominale. Elles sont dures, résistantes, saignantes. L'opération dure une heure et quart. On extrait 12 litres de liquide et 7 kilogrammes de parties solides. Kyste très multiloculaire. Le kyste s'est rompu dans le péritoine, ce qui a nécessité une toilette soigneuse. Guérison malgré l'albuminurie, qui persiste pendant six mois.

30. — Mme L..., sans enfants, âgée de 32 ans. Début du kyste : 3 ans. Ponction le 3 février ; donne 5 litres de liquide brun filant, épais. Ovariotomie le 12 février 1883. On ne trouve pas d'adhérences inflammatoires, mais le kyste est tellement infiltré dans le ligament large, qu'il est impossible de l'enlever en totalité. On le laisse ouvert et fixe à la paroi abdominale. Drainage. Il était multiloculaire, à petites loges, et végétant. La plaie s'est en partie fermée, le kyste a grossi et repullulé ; l'état général est resté bon, et la malade, aujourd'hui encore, se porte bien, avec une fistule au niveau de la tumeur, moyennement grosse.

31. — Mme L..., 30 ans. Deux enfants. Début : 18 mois. Aucune poussée de péritoine franche, mais douleurs violentes au côté droit. Ovariotomie le 9 juillet 1883. Pas d'adhérences. Durée de l'opération : vingt-cinq minutes. 7 litres de liquide. Partie solide : 3 kilogrammes. Guérison rapide. Malgré une névralgie ilio-lombaire qui a beaucoup inquiété après l'opération.

32. — Mme C..., 68 ans. Deux enfants. Début : 3 ans. Avec des pertes utérines abondantes qui persistent avec régularité. Accès de fièvre, le soir, avec douleurs abdominales depuis deux mois.

Ponction le 24 octobre 1883. Adhérences nombreuses, anciennes et récentes, très difficiles à détruire, surtout avec l'épiploon et plusieurs anses d'intestin grêle. Le poids de la partie solide du kyste multiloculaire est de 5 kilogrammes.

Morte le cinquième jour, de péritonite, qui commence à la fin du troisième.

33. — Mme M..., âgée de 31 ans. Sans enfants. Début : 6 ans. Ponction en octobre 1882 ; donne 11 litres de liquide. Deuxième ponction le 10 juin 1883. On trouve deux poches à gauche qui donnent un liquide jaune très fluide, ressemblant beaucoup à celui des kystes paraovariens.

Opération : le 2 mars 1884. Adhérences à l'épiploon, à la paroi abdominale. Le kyste double est infiltré dans le ligament large et a pris des adhérences tellement intimes avec les organes du petit bassin que, après un essai prolongé et infructueux de décortication, on ne

peut enlever que la plus grande partie. Le reste est fixé à la paroi abdominale et un drain vaginal est passé par la partie déclive qui était unie au cul-de-sac vaginal. L'opération dura une heure et quart. Malade très faible après l'opération. La poche qui restait met deux mois à se combler avec suppuration.

La malade guérit.

Incisions exploratrices.

34. — Mme F..., 52 ans. Un enfant. Début de l'augmentation du ventre : 6 mois à peine. Une ponction, le 8 juillet 1883, donne 7 litres de liquide sans traces évidentes de sang. Une autre ponction, le 18 juillet, donne 7 litres de liquide semblable.

Incision le 29 août 1883.

Cancer généralisé au péritoine.

Cette opération n'amène aucune réaction spéciale. La malade, déjà affaiblie, meurt, un mois après, d'épuisement.

35. — Mme H..., 46 ans. Trois enfants. Début de l'augmentation du ventre : 5 ans. Six mois avant son entrée, elle subit une ponction suivie d'une injection iodée légère. 20 juillet : une ponction, qui donne 4 litres de liquide citrin. Opération : 9 août; on constate une ascite de cause inconnue, sans affection du foie ni maladie de cœur, et seulement une augmentation marquée de l'utérus. Elle guérit rapidement de sa plaie abdominale. Revue en août 1884; elle se portait très bien et n'avait plus d'ascite.

Discussion.

M. Després. Je profite de l'occasion qui m'est offerte par la communication de M. Terrillon, pour faire savoir qu'une malade dont il a été déjà question devant la Société, et qui a été traitée par moi, il y a trois ans, à l'aide de la ponction et d'une injection iodée, n'a encore eu aucune récidive.

M. Terrier. M. Terrillon, dans son intéressante communication, nous dit que les femmes atteintes de kystes de l'ovaire et qui ont chaque soir une certaine élévation de la température, accompagnée de vagues douleurs abdominales, sont des femmes chez lesquelles on doit craindre la présence d'adhérences.

Ces signes me paraissent plutôt en rapport avec l'inflammation de l'intérieur du kyste.

En ce qui concerne les adhérences, tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elles sont d'autant plus problables que le kyste est plus ancien.

Les abcès développés au niveau du passage des fils doivent tenir surtout à ce que ceux-ci ont été retirés trop tard. Pour éviter

cet inconvénient, j'ai l'habitude de les retirer dès le quatrième jour.

La durée de l'opération me paraît avoir une importance plus grande que celle que lui attache M. Terrillon. Les ovariotomies qui sont longues à exécuter ont un pronostic plus grave que celles qui sont rapidement faites.

Au point de vue des suites opératoires, je dirai que la fièvre qui se manifeste dans les premières quarante-huit heures est toujours une fièvre traumatique; elle est proportionnée à l'intensité du traumatisme, et sa durée n'est jamais bien longue. La péritonite à laquelle succombent quelques-unes de nos malades se manifeste généralement plus tard; leur marche est insidieuse, et la température reste modérée, sauf à la dernière période de la maladie.

Le développement d'un cancer au niveau de la cicatrice, dont il a été question dans le travail de M. Terrillon, doit être un fait rare, puisque je ne l'ai jamais observé sur les 92 malades que j'ai opérées et suivies jusqu'à ce jour.

Je ferai remarquer à ce propos que la récidive des néoplasmes ovariens, quelle qu'en soit la nature, est extrêmement rare. J'ai vu guérir radicalement des femmes sur lesquelles j'avais dû gratter une portion du péritoine, déjà envahie par des productions épithéliales ayant perforé la paroi du kyste.

M. Championnière. Les considérations présentées par M. Terrillon permettent certaines critiques. Je m'associe pleinement à celles faites par M. Terrier, et je voudrais ajouter quelques mots sur certains points sur lesquels il n'a pas insisté. C'est ainsi que M. Terrillon admet, à défaut de signes précis des adhérences, des présomptions tirées des douleurs abdominales avec fièvre chez la malade, antérieures à l'époque de l'examen. Pour ma part, j'admets que le diagnostic des adhérences est presque toujours illusoire. C'est à peu près l'opinion que j'ai entendu exprimer par les ovariotomistes les plus connus. En ce qui concerne les présomptions, elles sont absolument trompeuses, douleurs et poussées inflammatoires appartiennent le plus souvent à des accidents de congestion ou d'inflammation du kyste lui-même, qui ne laissent point d'adhérence. J'ai opéré une jeune femme qui avait eu après deux couches des pelvi-péritonites diagnostiquées par des médecins très dignes de confiance. Après ponction, elle avait une masse immobile dans le bassin, j'ai diagnostiqué adhérences pelviennes, et lors de l'opération, j'ai trouvé une masse polykystique enclavée sans traces d'adhérences. Ce cas est le plus caractéristique et doit être rapproché de bien d'autres qui ont donné la même illusion. En somme, avant d'ouvrir le ventre, les adhérences sont l'objet d'une pré-

somption; mais c'est là tout, et cette présomption n'est pas assez importante pour influer sur l'indication d'une opération.

En ce qui concerne des abcès nés au niveau de la suture, je ne saurais partager absolument l'avis de M. Terrier, ils m'ont paru se rattacher nettement à la septicité de la plaie. Avant l'emploi de la méthode antiseptique ils étaient très communs, aujourd'hui ils sont tout à fait exceptionnels. J'en puis rappeler à M. Terrier un exemple curieux. Je m'aperçus un jour que le fabricant d'instruments, avant de me passer les fils d'argent, les mettait dans sa bouche pour les tenir. Deux fils d'argent traités de la sorte étaient placés lorsque je m'en aperçus, autour d'eux se développèrent des abcès.

Je ne crois pas que l'enlèvcment prématuré des fils mette à l'abri, et pour moi il a de sérieux inconvénients. Je le retarde volontiers au 8e ou 10e jour, et n'y ai vu que des avantages. Je les ai toujours enlevés en deux temps.

En somme, c'est un des nombreux avantages de la méthode antiseptique de nous avoir délivré de ces petits abcès le long des fils et plus encore des grandes suppurations toutes différentes dont je n'ai pas voulu m'occuper aujourd'hui.

M. Tillaux. Je crois également qu'il est impossible de diagnostiquer les adhérences des kystes de l'ovaire, et que les douleurs éprouvées antérieurement par la malade n'ont aucune valeur au point de vue de ce diagnostic.

J'ai vu M. Lefort opérer une jeune fille qui, depuis une année, éprouvait de telles douleurs dans le ventre, que plusieurs chirurgiens avaient refusé de l'opérer. Or, je n'ai jamais vu un kyste plus libre d'adhérences. Il est vrai que sa paroi interne était le siège d'une violente inflammation.

L'année dernière, j'ai opéré une jeune fille à laquelle on avait fait antérieurement une ponction avec injection iodée. Elle souffrait atrocement et l'on pouvait croire à l'existence d'une péritonite intense ; eh bien ! il n'y avait pas d'adhérences du tout.

Bien plus, je dis que l'existence d'une péritonite généralisée ne prouve pas qu'il y ait des adhérences. J'ai opéré d'un kyste de l'ovaire une femme atteinte de péritonite suraiguë ; elle a été très bien guérie de son kyste et de sa péritonite.

J'ai observé, moi aussi, des abcès et même des phlegmons autours des fils à suture. J'attribue cette complication à ce que, au moment du passage des fils, on a saisi le péritoine avec des pinces, afin de le tendre plus fortement. Aussi est-ce là une manœuvre à laquelle j'ai renoncé, me bornant à tendre les tissus avec mes mains.

M. Le Dentu. Je crois que les douleurs ayant quelque intensité sont l'indice d'une inflammation du kyste.

J'ai vu une malade chez laquelle les douleurs de cette nature avaient une telle intensité qu'on pouvait les comparer aux coliques néphrétiques ou hépatiques, et que pour cette cause je proposais de désigner sous le nom de coliques ovariennes. Pendant l'opération, je constatai qu'il n'y avait pour ainsi dire pas d'adhérences.

M. Terrier. Les douleurs éprouvées par les malades atteintes de kystes de l'ovaire reconnaissent des causes variables : elles dépendent, suivant les cas, du volume du kyste, de l'état de nervosisme des malades, de l'inflammation tantôt de la partie kystique, tantôt du péritoine, et ces dernières sont généralement assez exactement localisées en un point circonscrit.

Les petits abcès dont il vient d'être question peuvent tenir soit à la malpropreté des instruments, soit à l'huile dont ils ont été enduits.

M. Terrillon. J'ai parfaitement reconnu, dans mon travail, les difficultés du diagnostic des adhérences des kystes de l'ovaire ; j'ai même déclaré que l'on ne pouvait jamais avoir que des présomptions à leur endroit.

Je pense cependant que les douleurs localisées en un point du ventre, l'élévation de la température au même point, un certain degré de fièvre le soir, constituent un élément important en faveur de cette présomption.

Je n'enlève pas les sutures aussi tôt que M. Terrier, parce que, ayant voulu le faire une fois au quatrième ou cinquième jour, j'ai constaté que les tissus n'étaient pas réunis.

Communication.

M. Guermonprez (de Lille) fait une *communication sur un cas d'ectrodactylie.*

Présentation de malade.

Mal perforant présenté par M. Kirmisson.

Présentation de pièce.

Pièce en plâtre relative à une luxation du poignet, présentée par M. Poulet.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Séance du 8 octobre 1884.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° Sir HENRY THOMPSON (de Londres) adresse un volume intitulé : *Quelques points importants concernant la chirurgie des organes urinaires;*

3° Le volume de l'année 1882, des *Rapports au conseil des Régents de l'institution Smithsonian;*

4° M. le professeur VERNEUIL offre un exemplaire de la conférence qu'il a faite au congrès de Copenhague sur la *Diathèse néoplasique*.

Rapport.

Rapport de M. NICAISE *sur un travail de* M. SALTZMAN, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Helsingfors (Finlande), *traitant de l'opération d'*ESTLANDER.

Messieurs,

Dans ces derniers mois, vous vous êtes occupés, à diverses reprises du traitement des fistules pleuro-cutanées par la mobilisation de la paroi thoracique. Ce sont précisément ces travaux antérieurs qui ramènent aujourd'hui cette question devant vous. Ils ont engagé M. le professeur Saltzman, élève et successeur d'Estlander, à vous adresser un travail très bien fait que j'ai eu l'honneur de déposer de sa part sur le bureau.

Le travail de M. Saltzman est tel, que je ne crois pouvoir mieux vous en rendre compte, comme vous m'en avez chargé, qu'en vous en donnant lecture. Je ferai connaître ensuite les remarques qu'il m'a suggérées et j'y ajouterai deux faits inédits.

*Sur l'opération d'*Estlander, par le Dr Saltzman, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Helsingfors (Finlande).

L'intérêt que l'opération thoracoplastique d'Eslander a éveillé dans le monde médical et la publication d'un certain nombre de faits favorables sont des preuves indubitables de son importance et de son utilité. Récemment, votre savante Société a fait l'objet d'une discussion aussi intéressante que de grande portée, et, si la mort n'avait trop tôt interrompu la carrière d'Eslander, il aurait, je n'en doute pas, participé à la solution de ce problème. Permettez, Messieurs, que moi, l'élève, l'ami et le successeur du défunt, j'expose les résultats de quelques opérations thoracoplastiques faites à la clinique chirurgicale d'Helsingfors en ces dernières années. J'adresse cet exposé d'autant plus volontiers à votre savante Société, que cette opération « a été en quelque sorte naturalisée française dès l'origine », comme le dit si bien M. Paul Berger, dans son rapport si remarquable, lu à la Société de chirurgie, le 24 décembre 1883.

Le développement historique de l'opération a été traité à fond par M. Homen et M. Paul Berger. Ils ont suffisamment démontré le rôle important que joue Estlander dans la gestion qui nous occupe, et je suis tout à fait de l'avis de M. Berger, que l'opération mérite de conserver le nom d'opération d'Estlander. Je le suis d'autant plus que, grâce à mes rapports presque journaliers avec Estlander, du temps où l'idée de cette opération surgit et se développa en lui, je puis positivement affirmer que le travail de Letievant lui était complètement inconnu.

Et maintenant, Messieurs, veuillez me permettre de faire un court exposé des opérations faites par moi et d'y joindre quelques réflexions qui en résultent.

Obs. I. Un jeune paysan de 21 *ans* avait joui d'une santé excellente jusqu'à la fin de l'année 1880, quand subitement il fut atteint de vives douleurs dans le côté gauche de la poitrine, ainsi que d'une toux excessivement gênante avec expectoration assez abondante, non sanguinolente. Après un séjour de trois semaines au lit, l'état du malade s'améliora, mais il restait néanmoins souffrant et malingre. Au mois de mars 1881. *il s'ouvrit* près du mamelon gauche une fistule qui donna

issue à une grande quantité de pus. Une abondante sécrétion pleurétique continua sans relâche jusqu'à son entrée à la clinique chirurgicale, le 17 janvier 1882. Il présentait l'état suivant : La constitution pas trop affaiblie, l'amaigrissement médiocre, le soir un haussement fébrile de la température. Trois centimètres en dehors du mamelon gauche, dans le 4e *espace* intercostal, il y a une ouverture fistuleuse qui mène obliquement en haut à une cavité renfermant au moins 150 grammes de pus fétide. La région occupée par la partie inférieure du poumon gauche présente de la matité et une suppression très considérable des bruits respiratoires à peine perceptibles et d'un caractère indécis. Dans tout le reste du côté gauche, la respiration est vésiculaire avec un souffle expiratoire bien marqué et avec des râles glaireux. La moitié gauche du thorax, surtout sa partie inférieure, était un peu aplatie, et là les côtes étaient notablement rapprochées. Cette partie était presque immobile pendant la respiration; les urines normales. Le malade est épileptique.

Le 31 *janvier*, je réséquai environ 5 centimètres des 4e, 5e, 6e et 7e côtes ; la 4e et la 5e furent réséquées entre la ligne axillaire et la ligne mamelonnaire, la résection de la 6e et de la 7e fut faite en arrière, de manière que la plaie correspondait à la partie la *plus déclive* de la cavité. Après avoir *ouvert la plèvre* à cet endroit, j'y passai un tube à drainage qui sortait par l'ouverture fistuleuse. L'opération finie, je fis le *lavage de la cavité* avec une solution de 2 *pour cent* d'acide borique; pansement à la gaze phénique. L'opération avait été faite sans le nuage phénique.

Les premiers huit jours après l'opération, le malade présenta le soir une légère augmentation fébrile de la température. Après ce temps, nulle interruption de la guérison. Le malade quitta l'hôpital *complètement guéri* à la fin d'avril.

Obs. II. Henri N..., paysan âgé de 31 *ans*, a été atteint, les premiers jours de l'année 1883, d'une pleurésie du côté gauche. La maladie s'aggravait et il était obligé de garder le lit. En juillet, une enflure qui s'était établie peu à peu au côté gauche de la poitrine, *s'ouvrit* d'elle-même et donna issue à une assez grande quantité de pus. Une amélioration passagère fut suivie d'une perte successive des forces. La sécrétion purulente continuait sans cesse.

Le malade est entré à l'hôpital le 23 octobre et présentait l'état suivant : Il est pâle et fort amaigri, les forces sont épuisées, parfois il souffre des douleurs dans le côté gauche de la poitrine, et la respiration est gênée quand il marche. Le pouls est mou et un peu accéléré, le soir une température d'environ 38°. La percussion donne un son mat sur la partie du thorax qui correspond aux deux tiers inférieurs du poumon gauche, et la respiration y est à peine perceptible; la partie supérieure du même côté est sonore à la percussion et la respiration vésiculaire; le poumon gauche est ainsi refoulé en haut, sauf une légère bronchite ; le poumon droit est sain. Le cœur est

déplacé un peu à droite. Près du bord sternal *de la* 8e *et de la* 9e *côte* se trouvent quelques ouvertures fistuleuses qui aboutissent dans une grande cavité suppurante. La *rétraction du côté gauche* de la poitrine est considérable et l'effacement des espaces intercostaux presque complet, surtout en bas. L'épine dorsale présente une déviation *scoliotique* à droite. La circonférence thoracique dans la ligne bimamelonnaire mesure à droite 47 et à gauche 40 centimètres. Pas d'albumine dans les urines.

Le 24 octobre, je fis l'opération d'Estlander et j'enlevai par trois incisions, qui au milieu de la ligne mammaire et axillaire antérieure suivirent la direction des côtes, 4 centimètres des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes. La 9e fut réséquée un peu plus en arrière pour faciliter le drainage de la cavité, qui fut nettoyée par une solution d'acide borique de 2 *pour cent*. Pansement antiseptique.

Le lendemain, la circonférence du côté opéré ne mesure à la hauteur déjà nommée que 38 centimètres, tandis que celle du côté droit est restée la même.

Les deux premiers jours après l'opération, le malade n'avait que le soir une fièvre insignifiante, qui ne dépassa pas 38°. A la fin de décembre, la *guérison* était complète, mais je gardai néanmoins le malade pour qu'il reprît des forces avant d'entreprendre le long et fatigant voyage qu'il avait à faire pour regagner ses foyers. Le 31 janvier, il quitta l'hôpital en pleine santé.

Obs. III. E.-S. R..., âgée de 35 *ans*, ne présentant aucun antécédent héréditaire et jouissant d'une bonne santé, commença à tousser vers l'automne de 1878. Peu de temps après, elle fut prise subitement de violents frissons, de fièvre et de points assez forts au côté gauche de la poitrine. La malade ayant gardé le lit pendant quelques semaines, son état s'améliora et elle commença peu à peu à travailler. Elle restait néanmoins chétive. En marchant elle sentait comme un liquide rejaillissant dans la partie gauche de sa poitrine.

Le 23 septembre 1881, elle fut admise à la clinique médicale, où l'état suivant fut noté : La percussion du poumon droit donne un son sonore, et le bruit respirataire est vésiculaire ; du côté gauche le son de percussion est mat, et le bruit respiratoire n'est perceptible qu'au sommet du poumon, où il a le caractère bronchique. Le cœur n'est pas déplacé.

Le 25 septembre, on vida par une *ponction* 1,800 grammes de pus.

Le 28, on *réséqua un petit segment* de la 6e côte pour établir une fistule; trois litres de pus furent évacués. Chaque jour ou tous les deux jours on fait des lavages avec différentes solutions antiseptiques. La sécrétion diminue et l'état général s'améliore, quoiqu'une fièvre hectique insignifiante persiste.

Le 29 novembre, on ouvre la cavité purulente par une résection de la 8e côte dans la ligne axillaire postérieure pour faciliter le lavage.

La cavité pouvait conteuir 1,800 grammes. Après cette opération, la cavité diminua assez vite, jusqu'à atteindre, le 20 décembre, une capacité de 400 grammes. A la fin du mois, l'état de la malade s'aggrave considérablement; la suppuration augmente, la fièvre hausse et des transpirations de nuit commencent. Les forces de la malade étaient aussi réduites que possible.

Dans ces conditions elle fut transportée, le 24 janvier 1882, à la clinique chirurgicale pour subir l'opération d'Estlander. Une sonde courbée, introduite dans la cavité pleurique, remonta presque au sommet du poumon. La cavité, dont la grandeur permettait de tourner facilement la sonde dans tous les sens, pouvait contenir 800 grammes de liquide. La percussion donnait un son mat sur toute la moitié gauche du thorax, excepté dans la partie supérieure, où il était sonore; là, le bruit respiratoire était vésiculaire, tandis qu'il était indécis et bien faible ou nul dans le reste du poumon. Point d'albumine dans les urines.

Le 27 janvier, je fis la résection des 3e, 4e, 5e, 6e et 7e côtes et j'enlevai des segments d'environ 6 centimètres, toutefois un peu plus des côtes inférieures et un peu moins des côtes supérieures. La plèvre costale était *excessivement épaissie*.

La cavité diminue lentement et l'état général de l'opérée s'améliore, mais la sécrétion continue ainsi que la fièvre, qui pourtant ne dépasse pas 38°. Pour regagner ses forces, la malade retourne à la campagne au commencement de l'été. Quand elle quitta l'hôpital, la paroi opérée du thorax était notablement enfoncée et les bouts des côtes réséquées se touchaient. La cavité s'était rétrécie jusqu'à une capacité de 240 grammes.

Après un séjour d'environ deux ans à la campagne, elle se présenta le 18 mars 1884 à l'hôpital. Elle avait bonne mine et avait repris ses forces, mais une ouverture fistuleuse persistait et la sécrétion purulente n'avait pas diminué notablement depuis sa sortie de l'hôpital. Les dimensions de la cavité n'étaient presque pas changées, car elle pouvait contenir 180 grammes. La paroi opérée du thorax était fortement affaissée, et dans sa partie la plus enfoncée le bout des fragments postérieurs des côtes réséquées étaient palpables et surpassaient d'un peu les fragments antérieurs. La plupart de ces fragments étaient réunis par un tissu osseux; pour quelques paires seulement la réunion n'était que fibreuse. La circonférence thoracique était de 32 centimètres pour la moitié gauche et de 44 centimètres pour celle de droite. La cavité remontait en haut à peu près jusqu'au sommet du poumon.

Le 21 mars, j'enlevai par quatre incisions 5 centimètres de la 2e, 4 centimètres de la 3e, 3 centimètres de la 4e, 4 centimètres de la 5e, 4 centimètres de la 6e, 4 centimètres de la 7e, 3 centimètres de la 8e et 5 centimètres de la 9e côte.

La réaction fut minime. La cavité se rétrécit jusqu'à une capacité

de 50 grammes, qui fut notée le 30 avril. Nul doute qu'une oblitération de la cavité sera le résultat de la *seconde opération*.

Il s'agit dans les 2 cas suivants d'opérations si récentes que je ne me considère autorisé à en tirer aucune conséquence quant à leurs résultats définitifs; mais, les croyant intéressantes à plusieurs égards, je n'ai pas voulu les omettre. Il m'est d'autant plus agréable d'en faire au moins un court résumé, que, donnant espoir de succès, ces cas promettent d'accroître le nombre de faits qui prouvent les avantages de l'opération.

Obs. IV. — R. K..., âgé de 24 ans, fut admis à la clinique médicale de Helsingfors, le 10 août 1883, atteint d'un empyème de longue durée du côté gauche. Son état général était alarmant. La cavité suppurante fut ouverte par une résection d'un petit segment de la 6e *côte*, entre les lignes mammaire et axillaire. Une amélioration successive se fit dans l'état du malade, mais la cavité pleurale cessa bientôt de se rétrécir et ne paraît pas avoir de tendance à la guérison spontanée.

Pour être soumis à l'opération d'Estlander, le malade fut transféré, le 2 avril 1884, à la clinique chirurgicale. Par la fistule, une sonde passe en haut et en arrière jusqu'à 24 centimètres. Le trajet fistuleux est bien étroit en bas, mais il se dilate vers le haut. Le poumon est adhérent à la partie antérieure du thorax, sur une étendue de 20 centimètres depuis le bord gauche du sternum. Sur la partie postérieure du poumon, le bruit respiratoire est faible, un peu éloigné et d'un caractère indécis. La circonférence thoracique, à la ligne bimamelonnaire, est, du côté droit, de 48, et, à gauche, de 42,5 centimètres.

Le 7 avril, je fis, par trois incisions, la résection des 3e, 4e, 5e et 6e côtes, et j'enlevai de 4 à 7 centimètres de chaque côte. Pas une seule ligature ne fut appliquée, quoique l'opération, à cause de l'adhérence du poumon, fût faite un peu plus en arrière qu'à l'ordinaire. Par la fistule, un long tube à drainage fut introduit; les différentes plaies furent drainées par des tubes absorbables et réunies. L'opération finie, la circonférence du côté gauche ne mesurait que 39,5 centimètres: ainsi une diminution de 3 centimètres. Pansement antiseptique avec de la gaze sublimée. La réunion des plaies se fit par première intention. La sécrétion de la cavité est minime et une guérison complète est à espérer.

Obs. V. — G. H..., paysan âgé de 37 ans, fut admis le 3 avril 1884 à la clinique chirurgicale pour une fistule thoracique du côté droit, qu'il avait portée plus de deux ans. Par la fistule, qui se trouvait sur la ligne axillaire postérieure, dans le septième espace intercostal, on entrait dans une vaste cavité, qui donne lieu à l'écoulement d'une assez grande quantité de pus. Avec une sonde courbée on peut suivre la paroi thoracique postérieure jusqu'à la colonne vertébrale et distinguer les différentes côtes. Le poumon, refoulé en haut et en avant, est adhérent à la partie antérieure du thorax jusqu'à la 5e *côte*. Les es-

paces intercostaux ne sont pas effacés et presque nulle déformation du thorax ne peut être constatée. A la hauteur du mamelon, la circonférence thoracique mesure, à droite, 47, et, à gauche, 48 centimètres; à la respiration, la moitié droite ne fait pas d'excursions aussi grandes que le côté gauche.

Pour évaluer la capacité de la cavité, je faisais l'injection avec une solution d'acide borique, quand subitement le malade fut pris d'une toux violente et commença à cracher une quantité considérable d'un liquide aqueux. L'injection fut aussitôt interrompue et la toux cessa presque immédiatement. Par la fistule se vida un demi-litre du liquide injecté. Une analyse du crachat donna de l'acide borique en grande quantité. Il existait donc une communication directe entre la cavité pleurique et les voies aériennes. Quoique l'injection ne donnât pas de résultat absolument exact, quant à la grandeur de la cavité, elle démontra pourtant que sa capacité s'élevait au moins jusqu'à 500 grammes, quantité qui s'était vidée par la fistule.

Il s'ensuivait la question : Cette complication est-elle à considérer comme une contre-indication à l'intervention chirurgicale? Quoique les chances de succès complet fussent sans doute moindres, j'entrepris néanmoins l'opération, croyant que le danger pour la vie du patient dépendait plutôt du grand volume de la cavité suppurante que du fait qu'elle communiquait avec les voies aériennes.

Le 18 *avril,* j'exécutai, par conséquent, l'opération d'Estlander, et j'enlevai 5 centimètres de la 3e, 7 de la 4e, 7 de la 5e, 7 de la 6e, 6 de la 7e, et 6 de la 8e côte. Immédiatement après l'opération, la circonférence thoracique du côté droit ne mesurait que 44,5 centimètres. Réunion des plaies, drainage et pansement comme dans le cas précédent.

Nulle réaction après l'opération. Les incisions guérirent par première intention. L'affaissement de la paroi thoracique se fait lentement. La cavité diminue d'étendue; le 30 avril elle ne pouvait contenir que 175 grammes de liquide. La sécrétion, qui était assez forte les premiers temps après l'opération, a diminué notablement. Le malade, dont le pansement fut renouvelé d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, est pour le moment, le 2 mai, au sixième jour avec le même pansement. Le résultat définitif est encore impossible à prévoir.

Quoique l'opération thoracoplastique d'Estlander ne remonte qu'à l'année 1877, et quoique le nombre des observations publiées soit restreint, néanmoins le *mode opératoire* a subi différents changements. Estlander réséqua ordinairement deux côtes par une seule incision cutanée, et cette méthode, qu'à peu d'exceptions près j'ai toujours trouvée praticable, offre selon moi des avantages essentiels, qui la rendent préférable aux incisions à lambeau faites par M. Bouilly et autres. Ce dernier procédé occasionne inévitablement une perte de sang plus considérable et une plaie dont la large surface est moins propice à la guérison que des incisions

plus petites quoique nombreuses. Les observations de M. Bouilly et de M. Lucas-Championnière prouvent que le grand lambeau quadrilatère ne se recolle pas toujours et même que des abcès peuvent se former au-dessous de lui. L'incision selon Estlander est, sans comparaison, moins sanglante, et il m'est arrivé de réséquer 4 à 7 côtes sans faire aucune ligature. Une légère compression suffit généralement pour arrêter l'hémorragie. Il peut bien arriver à la résection de la 2e, de la 3e et peut-être même de la 4e côte, sur des individus très musculeux, qu'une incision ne suffise pas pour parvenir à deux côtes voisines ; mais, en ce cas, une incision spéciale pour chaque côte peut être faite sans inconvénients.

Ce n'est cependant que dans les résections faites par la méthode sous-périostée que la perte de sang est réduite à un degré vraiment insignifiant. La crainte que ce mode de résection porte atteinte au succès opératoire, en tant que le périoste laissé pourrait, en causant une *régénération osseuse*, empêcher l'affaissement du thorax, me semble être superflue On observe souvent, immédiatement après l'opération et même pendant sa durée, une diminution notable de la circonférence thoracique du côté opéré ; ainsi, aux deux dernières opérations faites par moi, cette diminution était de 3 et de 2,5 centimètres. L'observation III est une preuve évidente qu'une régénération partielle des côtes par le périoste n'est nullement assurée. En soumettant la malade à une seconde opération, deux ans après la première, on trouva les bouts des côtes réséquées rapprochés jusqu'à passer l'un sur l'autre, et j'ose supposer que souvent ce contact a lieu avant que la régénération osseuse ait pu s'effectuer.

L'*excision de la plèvre* épaissie me semble aussi superflue dans la plupart des cas, car, à mon avis, elle ne met pas d'obstacles à l'affaissement du thorax, et pour appuyer cette opinion je renvoie encore à l'observation III. D'ailleurs l'excision de la plèvre, du périoste et des muscles intercostaux aggravera nécessairement et considérablement l'opération ; aussi la plaie offrira-t-elle des conditions de guérison beaucoup moins favorables. Il en résulte que ce procédé a des inconvénients d'assez grande portée, tandis que ses avantages sont au moins contestables.

Abordons maintenant une question d'éminente importance, dont la solution juste détermine principalement le résultat plus ou moins favorable de l'opération : Quelle doit être l'*étendue des fragments osseux à réséquer?* Supposons que les dimensions de la cavité soient très exactement supputées par une exploration directe, et nous pourrons imaginer la possibilité de définir par un calcul mathématique sur quelle étendue la paroi osseuse doit être enlevée pour permettre un affaissement correspondant à la rétraction du

poumon. Ce calcul a été essayé par M. Homen, mais sa valeur pratique est bien douteuse : premièrement, parce que l'évaluation exacte de la surface sphéroïde du poumon rétracté n'est possible que dans des cas exceptionnels, et, secondement, parce que les forces vitales qui contribueront à la guérison sont absolument incalculables. Selon moi, la seule réponse serait ; *enlevez de grands morceaux!* Un centimètre de plus ne peut nuire, tandis qu'un seul de moins pourra provoquer de sérieux obstacles à une guérison durable. Cela va sans dire que les dimensions et la situation des cavités purulentes détermineront principalement l'étendue des fragments. Quand le poumon n'est pas fixé à la paroi thoracique, il est généralement refoulé en haut et en arrière, et alors la cavité pleurale a sa plus grande étendue en bas et s'amincit vers le haut. Dans ces circonstances, il est indiqué d'éloigner les segments les plus longs des côtes inférieures et de réséquer des segments successivement plus petits vers les régions supérieures. Mais, généralement, le poumon est fixé à une ou plusieurs places, et alors les cavités suppurantes peuvent varier infiniment de forme et de position. Si le poumon est fixé en bas et en avant, il sera nécessaire de *réséquer* les plus longs morceaux aux côtes du milieu. Une cavité purulente occupant la partie supérieure du thorax et combinée avec la fixation du poumon à la paroi antérieure est très désavantageuse pour le traitement en question, parce qu'elle force d'opérer dans les régions les moins accessibles. Dans ces conditions, le chirurgien se voit parfois forcé d'aborder même la 2e côte.

Pour ce qui est du *risque* auquel l'opération d'Estlander expose la vie du patient, il peut être dit nul. Si le malade succombe, sa mort est causée, non par l'intervention chirurgicale, mais par les dégénérations morbides dans les poumons ou autres organes, survenues avant l'opération. Seulement je pose comme condition absolue un procédé *rigoureusement antiseptique*. J'opère toujours sous *spray* phénique et je me sers pour pansement de *gaze carbolisée* ou bien de gaze ou de ouate imbibées d'un 1/2 0/0 *de sublimé*. Dans les cas où la fistule ne correspond pas à la partie la plus déclive de la cavité, une *contre-ouverture* doit être établie à cet endroit pour donner au pus libre issue.

Les *lavages* ne sont indiqués qu'en cas de sécrétion trop abondante ou s'il survient une hausse notable de température, dont la cause est à chercher dans le processus pleural. Ces injections ne sauraient être faites avec trop de prudence; il s'agit surtout de veiller à ce que le liquide injecté ait une issue commode et ne soit pas soumis à une trop grande pression, qui pourrait causer le déchirement des adhérences entre le poumon et la paroi thoracique, ce qui, à son tour, aurait pour conséquence sinon l'impossibilité,

du moins un retard de la guérison. Si, à cause de sa position, la fistule est jugée insuffisante pour un parfait drainage et que la cavité soit ouverte à un second endroit, il faudra introduire des tubes de drainage dans les deux ouvertures. Si, au contraire, on a affaire à une seule fistule, il sera nécessaire de passer dans son orifice *deux tubes à côté l'un de l'autre*, car c'est le seul moyen d'établir un bon lavage sans risque de déchirer les adhérences de date récente.

Si nous examinons les cas publiés jusqu'à présent, nous trouvons que presque toutes les opérations ont été entreprises dans les conditions les plus défavorables. Pour la plupart, les malades étaient épuisés à un degré alarmant par une suppuration prolongée ; les côtes étaient accolées les unes aux autres, la paroi thoracique affaissée ; le poumon, rétracté, était couvert d'une plèvre tapissée de néo-membranes d'une épaisseur souvent considérable, qui l'empêchait de se dilater, et une vaste cavité pleurale le séparait de la paroi costale. Ainsi rien d'étonnant à ce que le nombre des malades guéris ne surpasse pas 40 0/0. L'opération faite plus tôt ne donnerait-elle pas de meilleurs résultats ? L'expérience nous apprend qu'elle est sans danger, et, faite avec toutes les précautions antiseptiques, elle n'est, généralement, pas même suivie d'un état fébrile notable. *L'intervention opératoire n'est donc pas à craindre,* mais les chances d'un succès complet devraient, selon moi, être meilleures si cette intervention se faisait à un stade moins avancé de la maladie ; on aurait alors affaire à un malade dont les forces ne seraient pas encore épuisées, ni les organes dégénérés par une longue suppuration. Si, par exemple, on a traité un empyème par le simple établissement d'une fistule ou par la résection d'un petit segment d'une seule côte, et si l'on observe, quelque temps après, que la cavité a cessé de se rétrécir, il n'y a nulle raison de différer l'opération d'Estlander, ni d'attendre, pour la faciliter ou la rendre moins dangereuse, un épaississement plus notable de la plèvre costale. »

Aux observations contenues dans le travail de M. Saltzman, j'en ajouterai deux autres encore inédites.

En janvier 1881, Maurice Raynaud me demanda de visiter un malade de son service, afin de voir s'il convenait de lui faire l'opération d'Eslander.

Il s'agissait d'une pleurésie purulente existant depuis longtemps et ayant déjà fort épuisé le malade ; la fistule siégeait à gauche dans le neuvième espace intercostal ; les côtes étaient rétractées, imbriquées ; la cavité suppurante était considérable. Nous pûmes, avec M. Variot, interne du service, prendre les dimensions avec une sonde légèrement

courbe et en faire un diagramme sur le papier. Nous obtînmes ainsi une cavité qui mesurait 19 centimètres dans son diamètre vertical et dans son diamètre transversal et dout le péricarde formait une partie des parois. Nous pensâmes avec Maurice Raynaud que la cavité était trop considérable et que l'état général du malade était trop affaibli pour qu'il fût possible de tenter l'opération. Le malade succomba en effet quelque temps après.

J'exécutai l'opération sur le cadavre, et par trois incisions superposées j'enlevai de 2 à 8 centimètres de sept côtes. La diminution de la cavité purulente obtenue par ces résections fut peu considérable. La plèvre avait de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, le poumon était rétracté et logé daus la gouttière vertébrale et contre le médiastin. En un mot, la cavité suppurante représentait à peu près toute l'étendue de la cavité pleurale, à part la petite portion occupée par le poumon rétracté.

Dans ces cas, le poumon ne pouvant se dilater, il est impossible d'arriver par des résections costales à mobiliser suffisamment la paroi thoracique pour obtenir l'effacement de la cavité.

Chez un autre malade qui avait une cavité moins considérable et dont l'état général était meilleur, je fis l'opération en pratiquant une large résection des côtes. Voici l'observation de ce dernier malade.

Pleurésie purulente droite. — Thoracentèses, pleurotomie, opération d'Eslander.

Un homme de 28 ans entre en octobre 1882 à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Legroux, pour une pleurésie droite qui est ponctionnée plusieurs fois; la pleurésie devient purulente en décembre 1882.

Lo liquide se reproduisant malgré les ponctions, M. Legroux me demanda, en mars 1883, de faire la pleurotomie. Celle-ci est pratiquée dans lc 8e espace, dans uu point où avaient été faites les ponctions antérieures; elle donna issue à une grande quantité de pus mal lié, sans grumeaux et sans odeur.

La cavité pleurale est lavée avec une solution tiède d'acide borique à 3 0/0. Large pansement antiseptique à l'iodoforme et à la gaze phéniquée.

La température du malade s'abaisse régulièrement et la sécrétion dc la plèvre est peu abondante et sans odeur; le lavage n'est pas renouvelé.

Le 15 *mars* 1883, ce pus est légèrement visqueux, grumeleux, sans odeur.

Le 26, 11 jours après l'opération, les grumeaux étant plus abondants, on fait un lavage avec la solution d'acide borique. Ceux-ci sont continués, tantôt rapprochés les uns des autres, tantôt éloignés de plusieurs jours.

Le 15 *juin*, le malado, atteint de variole depuis quelques jours, est

envoyé dans le service spécial de l'hôpital Saint-Antoine ; il rentra dans mon service à l'hôpital Laënnec le 9 juillet 1883. La sécrétion de la plèvre est un peu plus abondante, l'état général est assez bon.

Les lavages avec la solution d'acide borique sont repris et faits rarement, quelquefois il y a entre eux un intervalle de plusieurs semaines.

Néanmoins la suppuration persiste et le malade perd des forces, pâlit et maigrit. La rétraction des côtes est peu considérable, peut-être est-elle gênée par la présence du foie. Il n'y a pas de déviation scoliotique de la colonne vertébrale.

La cavité suppurante mesurée avec une sonde à petite courbure présente des dimensions considérables, elle a 17 à 18 centimètres de hauteur, et au-dessus de la fistule qui siège dans le huitième espace, 12 centimètres 1/2 de largeur. Le poumon n'est pas très éloigné de la paroi thoracique ainsi que je puis le constater avec la sonde dont le bec vient frotter sur sa surface ; il est de plus adhérent à la paroi antérieure du thorax.

Il était manifeste que la cavité suppurante n'avait pas de tendance à se rétracter et que la persistance de cet état mettait la vie du malade en danger.

Celui-ci ne toussait pas et l'on ne constatait dans les poumons aucun signe de tuberculose pulmonaire ; du côté malade où le poumon présente des adhérences à la paroi antérieure de la poitrine on entendait le murmure respiratoire affaibli.

L'examen du pus a fait découvrir des bacilles, ce qui indique une pleurésie tuberculeuse.

Néanmoins la mobilisation de la paroi thoracique me parut la seule chance de salut du malade, et celle ci fut pratiquée le 9 juin 1884, avec l'assistance de mon collègue M. le Dr Bouilly. L'exploration de la cavité avait été faite avec beaucoup de soin et j'avais pu établir sur le papier un diagramme qui la représentait à peu près. Tantôt la cavité purulente pouvait recevoir 200 centimètres cubes de liquide, tantôt elle en recevait 300.

Après avoir fait une incision en ⊥ renversé, je disséquai la peau, j'incisai les faisceaux du muscle grand dentelé et j'enlevai des fragments de 8 1/2 à 11 centimètres des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes.

La résection fut faite largement, étant donnée l'étendue de la cavité suppurante.

L'anesthésie ne présente rien de particulier ; le malade était couché sur le dos, légèrement incliné sur le côté gauche.

Des tubes à drainage furent placés, je fis des sutures et un pansement antiseptique avec la gaze iodoformée.

L'incision transversale avait été faite parallèlement à l'espace intercostal, siège de la fistule, et la côte qui était située au-dessous de celle-ci avait été enlevée.

L'opération avait duré une heure et demie, et 60 grammes de chloroforme ont été employés.

Après l'opération, le malade est resté faible pendant une heure

environ, puis ensuite il a présenté un état de surexcitation très marqué. Il accusait de la gêne pour respirer, et cependant l'inspiration et l'expiration se faisaient bien ; il éprouvait un sentiment de constriction, d'angoisse précordiale. Cet état a été de courte durée, puis le calme est survenu.

Il y eut un peu d'élévation de la temperature, qui atteignit 39° le 4e et le 6e jour après l'opération, élévation qui coïncidait avec un gonflement inflammatoire de la plaie ; mais bientôt la température baissa et je pus enlever la moitié des sutures le 5e jour. La plaie se réunit par première intention, sauf en haut, dans l'étendue de 1 centimètre environ, et dans le voisinage de la fistule.

L'état général resta le même, la suppuration de la cavité ne diminua guère. L'on fit tous les jours un pansement antiseptique et de temps en temps des lavages avec de l'eau boriquée, et quelquefois avec du vin aromatique étendu d'eau boriquée ; une fois on fit un lavage avec une solution de chlorure de zinc à 8 0/0.

La cavité suppurante avait notablement diminué par le fait de l'affaissement de la paroi pectorale, affaissement que nous avions déjà bien constaté au moment de l'opération ; d'autant plus que le poumon n'était pas très éloigné de la paroi latérale du thorax.

Après être resté stationnaire, l'état général du malade s'affaiblit, et vers la fin de juillet les lambeaux se décollèrent en partie ; l'inflammation tuberculeuse de la plèvre gagna une partie du tissu de nouvelle formation qui avait réuni les parties divisées lors de l'opération.

En ce moment, le malade est affaibli et sa mort prochaine est à craindre.

Après avoir ajouté ces deux faits à ceux qui sont contenus dans le travail de M. Saltzman, j'insisterai sur quelques remarques qui ressortent des observations du professeur d'Helsingfors.

Dans les observations I et II il s'agit d'une pleurésie purulente qui s'est ouverte spontanément ; d'après certains faits que j'ai constatés, il me semble que ces cas, où la nature a montré des efforts plus considérables tendant à la guérison spontanée, sont particulièrement favorables à la réussite de l'opération d'Estlander.

Je ferai remarquer aussi que M. Saltzmann insiste, avec raison, sur l'utilité qu'il y a à porter la résection des côtes inférieures sur un plan plus postérieur que celle des autres, en se rapprochant de la colonne vertébrale, afin de mobiliser la partie la plus déclive de la cavité, et en même temps sur la nécessité de faire une contre-ouverture et de placer un tube à drainage en arrière et au-dessous de la fistule quand celle-ci ne correspond pas au point le plus déclive de la cavité purulente.

A propos de la *forme à donner aux incisions*, il préfère aux incisions en H, ou en ⊥ renversé, aux lambeaux, les incisions multiples et parallèles d'Estlander, qui donnent lieu à une perte de

sang moindre et qui assurent davantage la réunion par première intention.

J'ai répété ces différents procédés sur le cadavre, et lorsque j'ai eu à faire une opération sur le vivant, j'ai pratiqué une incision en ⊥ renversé, et, après avoir disséqué la peau, j'ai fait sur le muscle grand dentelé des incisions parallèles aux côtes, en faisant une incision pour deux côtes. Mais ce procédé donne une plaie irrégulière, dont on recouvre les anfractuosités avec les lambeaux de peau que l'on avait disséqués. Aussi je crois qu'il est préférable de revenir aux incisions d'Estlander et je partage sur ce point l'opinion du Dr Saltzmann.

L'opération doit être faite aussi rapidement que possible et en même temps sans exercer aucune violence contre la plèvre qui, quoique le plus souvent épaissie, est cependant friable. Il serait facile de la déchirer, d'y faire une éraillure par laquelle la suppuration de la cavité pleurale gagnerait la face profonde du lambeau et déterminerait des abcès et peut-être une nouvelle fistule.

Pour rendre plus rapide la résection sous-périostée des côtes, j'ai fait construire par M. Collin une petite rugine concave pour suivre les bords des côtes et en détacher rapidement les muscles intercostaux.

M. Saltzmann rejette aussi l'*excision de la plèvre*, conseillée par Schede. M. J. Bœckel l'a pratiquée une fois et a obtenu une amélioration notable (*Bull. Soc. chir.*, 1883, p. 961); vous vous rappelez le fait de M. Ehrmann (*Bull. Soc. chir.*, 1884, p. 334), dans lequel l'*incision seule de la plèvre* laissa une énorme cavité dont la suppuration abondante fut suivie bientôt de la mort du malade.

Dans ces derniers temps, le Dr O. Sprengel (de Dresde) a proposé une modification à l'excision de la plèvre selon le procédé de Schede (*Arch. für klinische chir.*, 1884, t. XXX, p. 619). Après avoir fait la résection sous-périostée de deux côtes presque dans toute leur longueur, il incise la plèvre par une incision parallèle aux côtes, puis gratte la cavité de l'empyème avec une cuiller tranchante et fait un tamponnement de cette cavité avec de la gaze antiseptique au sublimé. La guérison fut ensuite abandonnée à la nature et survint par la rétraction de la plèvre et l'attraction de la peau. Déjà, en 1873, Letiévant a fait une opération analogue qu'il vous a communiquée en 1875 (*Bull. Soc. chir.*, 1875, p. 605). Il s'agissait d'un enfant de 16 ans chez lequel un abcès pleural s'ouvrit spontanément. Letiévant agrandit l'ouverture, fit des injections iodées; la fistule se tarit et le malade parut guéri. Mais trois mois après celle-ci se rouvrit.

Letiévant fit une contre-ouverture dans un point déclive du thorax et passa un drain dans les deux orifices. Une hémorragie se

produisit les jours suivants et conduisit Letiévant à inciser la plèvre dans une étendue de 7 centimètres et à réséquer 4 à 5 centimètres de la 7e et de la 8e côte. Puis il fit le tamponnement de la cavité avec de la charpie sèche et fit un pansement à l'huile d'eucalyptus. La cavité se rétrécit peu à peu, et un an après l'opération le trajet fistuleux tendait à se cicatriser.

Ces opérations d'incision et d'excision de la plèvre ne doivent pas être confondues avec l'opération d'Estlander. En résumé, celle-ci est une bonne opération, mais dont les indications ne sont pas encore bien posées; dans certains cas, seule elle peut donner la guérison; dans d'autres, elle sera insuffisante ou inefficace; mais en elle-même, grâce à la méthode antiseptique, elle ne constitue pas une opération dangereuse.

En terminant, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° D'insérer son travail *in extenso* dans nos bulletins.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Discussion.

M. Championnière. Le rapport de M. Nicaise et le travail de M. Salzmann méritent d'attirer toute notre attention. On a fait avec enthousiasme cette opération d'Estlander qui paraît devoir être une excellente opération, mais dont il faudra poser les indications d'une façon nette, ce qui permettra d'en établir les ressources véritables. J'ai fait, pour ma part, plusieurs de ces opérations, mais toutes sur le même malade. J'ai compris jusqu'à la deuxième côte dans une troisième opération. Je ne crois pas que cela ait été fait souvent. Je doute du résultat définitif, ou, pour mieux dire, je prévois un insuccès; et cependant je me félicite d'avoir fait ces opérations multiples, ne fût-ce que pour une grande amélioration dont mon malade se félicite lui-même beaucoup.

La fistule était trop grande, la maladie trop ancienne; pourtant le malade, au lieu de mourir rapidement, a pu reprendre son travail et demandait lui-même la troisième opération.

Ce garçon, âgé de 22 ans, portait à droite une immense fistule où se perdaient les instruments d'exploration, dont je n'ai jamais bien pu établir la capacité, et où un tube de caoutchouc 19 centimètres était perdu. Dans une première opération, j'ai réséqué cinq côtes, 3e, 4e, 5e, 6e et 7e, le plus long fragment ayant 11 centimètres, et j'ai retiré le tube perdu le 13 décembre 1883.

Amélioration très rapide, quoique le lambeau ait suppuré.

Le 19 juin 1884, deuxième opération portant sur quatre côtes, 4e, 5e, 6e et 7e, les quatre fragments ayant plus de 6 centimètres.

Le 11 septembre, troisième opération portant sur quatre côtes, mais comprenant 2e, 3e, 4e et 5e, dont un peu plus de 2 centimètres ont été enlevés.

L'opération est récente. Ces deux dernières opérations se sont faites sans réaction, avec réunion par première intention. Le malade est très content; mais il s'écoule encore du pus de la fistule, vaste, vers le sommet de la cage thoracique. C'est pour cela que j'étais arrivé à la résection de la deuxième côte.

Je crois, d'après ce que j'ai vu, que l'opération est excellente, de suites très simples, et que l'on peut la tenter même dans des cas donnant peu d'espoir. Mais de grosses chances d'insuccès existeront toujours toutes les fois que la fistule sera trop ancienne, toutes les fois qu'elle sera trop vaste.

En ce qui concerne le procédé opératoire, il me paraît devoir varier avec les cas. En bas, on peut employer le procédé d'Estlander; mais à la partie supérieure, en soulevant le grand dorsal ou le grand pectoral comme je l'ai fait, allez donc opérer avec une seule incision verticale, ou des incisions horizontales séparées. Il faut des incisions courbes, une sorte de lambeau comme l'a conseillé M. Bouilly.

Je crois, par exemple, que le foyer opératoire devra être drainé avec soin, ce me paraît avoir été un élément de la guérison rapide dans mes deux dernières opérations.

En terminant, qu'il me soit permis d'appeler l'attention sur une intervention qui n'est pas l'opération d'Estlander, qui n'est pas neuve en elle-même, mais qui me paraît appelée à jouer un rôle dans la cure des pleurésies purulentes, et à empêcher la formation de la fistule. Récemment, j'ai, en pratiquant l'empyème chez un malade d'un de mes collègues, M. Ducastel, réséqué un fragment de côtes de 6 centimètres. Plus d'un litre de pus très épais a coulé. Je n'ai point fait de lavages, et le malade a guéri en moins de six semaines.

La résection immédiate d'une ou deux côtes est très facile, n'ajoute rien au traumatisme, et paraît devoir jouer un rôle important dans la guérison.

J'ajoute, en terminant, que, de même que cette résection est facile chez un malade dont le thorax est distendu, la résection devient de plus en plus difficile chez un individu qui a subi plusieurs opérations d'Estlander et dont les fragments de côtes chevauchent les uns sur les autres.

M. Bouilly. J'ai opéré sept cas que je demanderai la permission d'exposer une autre fois. J'ai, du reste, vu la plupart des autres opérations faites à Paris. Je trouve que trop de confusion s'établit

sur l'opération. On confond trop de choses. Les indications sont presque propres à tous les sujets, et il y a lieu d'établir une série de distinctions.

M. Chauvel. Je compte apporter à la prochaine séance les faits relatifs à cette opération.

M. Monod. Il y a un an, j'ai rapporté l'histoire d'un malade que j'avais opéré. Après avoir été amélioré, il n'est pas guéri. J'ai même dû depuis lui faire une autre ouverture au niveau d'un phlegmon du dos. Les opérations doivent être aussi étendues que possible en arrière. On devrait même, dans le cas où l'écoulement serait difficile, faire là une contre-ouverture.

M. Després. J'ai eu l'occasion de voir un homme qui avait, depuis dix ans, une fistule pleurale thoracique. J'ai enlevé un drain d'une dizaine de centimètres. Il suppurait à peine. Depuis, j'ai eu de ses nouvelles, il est en meilleur état encore ; je le crois sur le point de guérir.

Je suis convaincu que l'on verra à l'avenir que les opérations réussissent chez les individus opérés moins d'un an après les opérations.

M. Bouilly. Ordinairement, les malades que l'on opère tardivement ont de petites fistules. Ceux qui ont de grandes cavités succombent d'ordinaire avant d'arriver à l'époque où ils pourraient être opérés.

M. Després. Les malades qui gardent longtemps leur fistule guériraient probablement spontanément. On sait, du reste, que la guérison spontanée peut se faire.

M. Nicaise. Il est inutile de prolonger la discussion. Je n'ai pas confondu les opérations de Schede avec celles d'Estlander. Je suis, comme M. Bouilly, d'avis qu'il y a lieu d'établir les différences entre les malades.

Les conclusions de M. Nicaise sont adoptées.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

J. Championnière.

Séance du 15 octobre 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

A propos du procès-verbal.

M. Verneuil. Je crois que la méthode en question mériterait d'être appelée opération de Letiévant-Estlander ; car évidemment Letiévant l'avait conçue.

Je ne suis pas disposé à faire cette opération sur des sujets âgés ni tuberculeux.

Il s'agit d'abord de savoir si les cavités sont grandes ou petites. Pour le savoir, les instruments d'exploration rigides ou flexibles sont fort trompeurs.

En revanche, les injections donnent un renseignement utile sur les dimensions de ces fistules.

Or, cette question de capacité domine le choix du procédé.

Lorsqu'il s'agit, en effet, de petite cavité, l'opération n'a d'autre raison d'être que la découverte de la fistule pour obtenir la cicatrisation de la face profonde à la surface.

Si on en croit certains documents, il faudrait faire une opération énorme aussitôt que la maladie a duré un peu. Cette opération, qui a passé d'abord pour être innocente, a donné un revers grave à M. Bouilly. Cela donne certainement l'impression qu'il s'agit d'une opération au moins importante.

Il y a 2 ans, j'ai vu un aspirant de marine qui avait eu la fièvre en Conchinchine avec accidents inflammatoires du côté droit de la poitrine.

Une collection purulente s'ouvrit spontanément sur la paroi thoracique, et il revint à Angoulême, où il consulta le docteur Machenaud, qui pensa à une affection du foie

Ici M. Andhoui et moi pensâmes qu'il s'agissait d'une pleurésie purulente : j'émis même la possibilité d'abcès sous-périostique d'une côte, avec foyer interne et foyer sous-cutané.

Ont eût été tenté, avec l'écoulement de beaucoup de pus, de faire une opération d'Estlander. Je conseillai de débrider largement au thermo-cautère et d'explorer les côtes.

M. Machenaud débrida et ne trouva pas d'orifice profond. Plus tard, débâcle de pus, qui s'était accumulé derrière la côte. Il y avait nécrose costale. Je réséquai la côte, et 6 semaines après il était guéri.

J'ai eu dans mon service de l'année dernière un jeune homme qui s'était traversé la poitrine avec une balle. Il eut un hémothorax, puis du pus dans la plèvre. La marche fut irrégulière ; j'eus des hésitations, et un drain suffit à guérir le malade.

En ce qui concerne notre collègue M. Ledentu, nous ne lui avons pas fait l'opération d'Estlander, nous lui avons réséqué la plèvre.

C'est en effet que dans une fistule organisée il faut se débarrasser de la paroi, la rétraction des parois de la fistule ne suffit pas. Chez lui la plèvre était un cartilage.

La résection de deux côtes permit de mettre le foyer à nu. La cicatrisation a suivi.

M. Bouilly nous a cité l'exemple d'un malade chez lequel la cavité mesurait 7 à 8 centimètres en tous sens. Je verrais là une indication à ouvrir la plèvre, point à faire l'opération d'Estlander.

Il faut la réserver aux grands foyers non tuberculeux et faire du drainage. Mais dans les autres la plèvre doit être enlevée.

Je crois que si on apportait ici chacun sa pratique, on arriverait à des conclusions définitives et sages ; c'est pour cela que j'ai cité mes faits opératoires.

Deux observations de thoracoplastie, par M. Chauvel.

Dans le courant de l'année, j'ai eu l'occasion de soigner dans mon service du Val-de-Grâce deux malades auxquels mon collègue M. le professeur Mathieu avait pratiqué l'opération d'Estlander. J'ai suivi ces malades avec le plus vif intérêt depuis plusieurs mois, et je les ai encore sous les yeux actuellement ; car ils ne sont jusqu'ici guéris complètement ni l'un ni l'autre. Grâce à l'obligeance de l'opérateur qui a bien voulu me les confier, je puis vous présenter les portions de côtes réséquées, en même temps que vous donner le résumé des faits.

Obs. I. — *Pleurésie purulente gauche traumatique. Empyème. Deux thoracoplasties à six mois de distance. Amélioration.*

Le capitaine B.., 39 aus, à la suite d'un coup de sabre dans la région précordiale, en janvier 1883, est atteint d'une pleurésie gauche pour laquelle il entre au Val-de-Grâce en avril. On lui fait quatre ponctions successives, puis, le 21 mai 1883, une large incision qui donne issue à deux litres de pus. L'ouverture restant fistuleuse et le malade dépérissant lentement, le capitaine est évacué dans un service de chirurgie au mois de janvier 1884. En deux mois, son poids s'était abaissé de 63k,500 à 62 kilogrammes, soit de trois livres. L'ouverture fistuleuse, placée très en avant, correspond au sixième espace intercostal. A l'examen on relève : périmètre thoracique à hauteur des mamelons 82 centimètres, dont 45 pour le côté droit et 38 pour le côté gauche. Avec le compas d'épaisseur, le diamètre antéro-postérieur est de 17 centimètres à droite et de 16 à gauche; une sonde pénètre à 22 centimètres de profondeur. La capacité de la cavité purulente, mesurée par une injection dans la position horizontale varie de 300 à 350 grammes.

Le 13 février, M. Mathieu, ayant préalablement lavé la plaie avec une solution forte de chlorure de zinc, fait un grand lambeau semi-elliptique, à base postéro-supérieure, englobant l'ouverture fistuleuse. Le lambeau, partant du bord inférieur du grand pectoral et passant à deux doigts en dedans du mamelon, offre 13 centimètres de hauteur et 10 dans sa plus grande largeur, mesures prises ce matin sur la cicatrice.

Il y comprend le muscle grand dentelé en même temps que les téguments. Il attaque alors successivement les 7e, 6e, 5e, 4e et 3e côtes, puis la 8e côte, et résèque 7 centimètres des deux arcs inférieurs, puis 6, 5, 4, et enfin 2 1/2 centimètres seulement de la 3e côte, la plus élevée qui puisse être mise à jour. Cette résection sous-périostée, n'offre de grandes difficultés que pour la première côte attaquée, la 6e, par suite de la fusion osseuse, en arrière, de cette côte avec la 7e.

Suture à points séparés; réunion immédiate du lambeau, un peu de fièvre et de douleur vers l'aisselle. On enlève les fils le quatrième jour; déjà la paroi résiste sous la pression du doigt.

L'examen fait le 20 février, sept jours après l'opération, donne : périmètre thoracique, 82 centimètres (au lieu de 83), dont 45 pour le côté droit et 37 pour le gauche, soit une diminution de 1 centimètre seulement par l'intervention. Le diamètre antéro-postérieur du côté opéré n'est que de 155 millimètres au lieu de 160; la capacité du foyer 230 grammes. En somme, le bénéfice est mince, la cavité n'a que fort peu diminué. Pour activer le retrait des parois, M. Mathieu essaye successivement la compression avec uu bandage herniaire, puis avec une bande de caoutchouc ; mais elle ne peut être supportée en raison des douleurs vives qu'elle entraîne, et force est de la supprimer au bout de quelques jours. Pendant ce temps la cavité est nettoyée par des injections journalières avec une solution faible de chlorure de zinc, grâce au

double drain placé dans la fistule. Au 17 août, c'est-à-dire six mois après l'opération, la circonférence du thorax est encore de 80 centimètres, dont 36 pour le côté gauche, et la capacité du foyer, de 200 grammes. Il est vrai que la santé générale du malade s'est plutôt raffermie; mais en somme le résultat n'est pas des plus encourageants.

Cependant, désireux de guérir, M. B... consent à une nouvelle opération. Bien que le microscope ait montré dans le pus la présence de bacilles tuberculeux, la percussion et l'auscultation ne récèlent aucune lésion du poumon droit. Par le même procédé, et en se servant de la même incision, M. Mathieu pratique, le 23 août, une nouvelle thoracoplastie. Cette fois, la résection, faite plus largement, porte sur les 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes. Vous pouvez juger par la pièce anatomique, bien mieux que par une description, dans quel état se trouvaient les parties. Loin d'arriver au contact, les extrémités des côtes réséquées en février étaient restées les unes les autres à une distance variable de 1 1/2 à 5 centimètres, de la 4e à la 7e, et des jetées osseuses de nouvelle formation, continuation directe des arcs osseux, réunissaient les bouts sectionnés. On comprend aisément que dans ces conditions tout retrait ultérieur de la paroi était absolument impossible.

Pour éviter la reproduction osseuse, M. Mathieu s'est efforcé d'exciser le périoste des côtes enlevées, sur une longueur de 11 centimètres pour la 7e, de 10 centimètres pour la 6e, de 8 à 7 centimètres pour les 8e et 9e, enfin de 5 à 4 centimètres pour le 5e et le 6e arc costal. Au reste, la vascularisation et le ramollissement des os rendirent leur division plus facile que dans la première opération. Eh bien ! malgré cette énorme brèche, mon excellent collègue put constater immédiatement avec le doigt que, si la résection dépassait en bas la partie la plus déchirée de la cavité suppurante, il restait en haut et en arrière un cul-de-sac probablement difficile à combler.

Mieux que la première fois, l'intervention fut supportée, il n'y eût ni fièvre ni douleurs violentes, et le malade se levait le 4 septembre, 12 jours après la résection. Le 10 septembre, la capacité de la poche était de 160 grammes environ, le 10 octobre, de 120 à 125 grammes. Déjà depuis un mois la paroi ne cède plus sous la pression. Actuellement le périmètre thoracique est de 77 centimètres, dont 33 pour le côté gauche, le diamètre antéro-postérieur de 13cm,3 à gauche, contre 17cm,6 à droite; le stylet pénètre aisément jusqu'à 7 à 8 centimètres. La plaie n'est pas complètement fermée en bas, ses bourgeons sont pâles, mollasses; le pus sécrété est séreux, abondant, et, bien que le capitaine B... se lève, marche, mange assez bien et n'ait aucune fièvre, il me paraît peu probable qu'on puisse espérer une guérison complète. Je me contente de laver chaque jour très doucement la cavité purulente, et je maintiens dans la fistule un drain juste suffisant comme diamètre et longueur pour assurer l'écoulement du liquide. La poitrine est considérablement déformée, l'épaule gauche très abaissée, et il se fait sur le rachis une courbure de compensation des plus évidentes.

Obs. II. — *Pleurésie purulente à gauche. Empyème. Thoracoplastie il y a 7 mois et demi. Amélioration.*

M. P..., 21 ans, sous-lieutenant, est atteint en 1882 d'une bronchite, avec hémoptysie qui le fit envoyer aux eaux d'Amélie-les-Bains. Dans cet hôpital, on reconnaît l'existence d'un épanchement pleurétique à gauche, et le malade entre le 2 mai 1883 au Val-de-Grâce, avec une pleurésie purulente considérable. Après deux ponctions, l'empyème est pratiqué le 21 juin et donne issue à trois litres de pus. Survient alors un abcès périnéal, lié peut-être à une tuberculisation de l'intestin rectum. En février 1884, on constate que la cavité pleurale, toujours suppurante, communique aussi avec les bronches. Malgré la fistule, M. P... a engraissé de 12 kilogrammes depuis le mois dernier, et réclame à grands cris une intervention qui lui permette de reprendre son service; il est envoyé en chirurgie le 21 février 1884.

M. Mathieu constate l'existence d'une ouverture fistuleuse sur la ligne axillaire, entre la 6e et la 7e côte gauche; la suppuration, abondante, est mêlée de mucosités spumeuses. Au niveau du mamelon, la circonférence thoracique est de 87 centimètres, dont 47 à droite et 42 seulement à gauche, le stylet pénètre de 12 centimètres d'avant en arrière et de bas en haut; la contenance de la cavité purulente est de 215 à 230 grammes.

Opération le 1er mars 1884, sans injection de chlorure de zinc, en raison de l'existence d'une fistule pleuro-pulmonaire. Notre collègue, au lieu de comprendre dans son lambeau la couche musculaire, dissèque d'abord la peau en forme de demi-ellipse à base postéro-supérieure, puis il fait des sections transversales des muscles au niveau de chaque côte.

Le lambeau a 33 centimètres de hauteur et 12 centimètres dans sa plus grande largeur. L'incision commencée sur le bord antérieur de l'aisselle passe à deux doigts en dedans du mamelon et se recourbe trois doigts plus bas.

Ce procédé, ainsi qu'il le remarque, est plus rapide que la formation d'un lambeau musculo-cutané; mais l'hémorragie est plus abondante, et l'on est exposé à voir se former plus tard une série de petits abcès. La résection porte sur les 3e, 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes, dont la partie enlevée mesure successivement 3, 5, 7, 9, 11 et 8 centimètres. Conservation du périoste, suture métallique du pourtour du lambeau et de l'orifice de la fistule qui en occupe le centre.

Chez M. P..., la réaction fut assez vive; pendant les premiers jours on constate de la fièvre; sous le lambeau se forme une série d'abcès qu'on évacue le 9 mars en décollant la cicatrice au niveau des côtes réséquées. Puis la fistule se ferme hâtivement, il faut la rouvrir; enfin la plaie bourgeonne mal Cependant la vie du malade n'est jamais en danger et les accidents s'apaisent vite.

Le 22 mars, la circonférence thoracique à hauteur du mamelon est réduite à 86 centimètres (au lieu de 89) dont 46 à droite et 40 à gauche,

le diamètre antéro-postérieur est de 155 millimètres, la capacité de la cavité purulente, de 200 grammes environ. En somme, amélioration très légère, mais qui s'accentue un peu en avril, où le périmètre n'est plus que 85 centimètres, le diamètre antéro-postérieur, à gauche, de 14 centimètres au lieu de 15cm,5. Pendant plus de trois mois, ce malade reste dans mon service. La fistule pleuro-bronchiale, un moment oblitérée, se rouvre de nouveau après quelques jours de fièvre, puis tout rentre dans le calme. A l'aide de deux drains adossés en canon de fusil, on lave chaque jour la cavité suppurante; de temps en temps, on y injecte une solution faible de chlorure de zinc; mais fortes ou faibles, astringentes ou caustiques, ces injections n'ont absolument aucun effet et ne favorisent en rien l'obturation de la cavité. Au moins telle est notre conviction.

Déjà la paroi thoracique au niveau des parties enlevées est dure, résistante, ne s'affaissant que peu sous la pression de la main. En vain j'essaye la compression du thorax par une large bande de toile puis de caoutchouc; elle est ou infidèle ou non supportée. Tout se borne à panser la plaie avec de la gaze phéniquée et à attendre.

En juillet, j'explore la cavité purulente avec un stylet recourbé et je constate : 1° que la paroi externe du foyer n'a pas moins de 2 centimètres d'épaisseur; 2° que le poumon est encore au moins éloigné de 12 centimètres de l'ouverture fistuleuse; 3° que la partie la plus vaste du foyer est en haut, et qu'il remonte jusque sous les côtes supérieures. Comme l'état général ne laisse pas que d'être fort médiocre, j'engage M. P... à sortir de l'hôpital et à passer quelques mois à la campagne. Je dois dire que l'examen histologique n'a pas montré la présence des bacilles tuberculeux dans le pus du foyer pleural, et cependant tout concourt ici à faire admettre l'existence d'une phtisie pulmonaire.

M.P...est rentré dans mon service le 10 du mois, bien portant quoique toussant un peu, mais avec un écoulement purulent aussi abondant qu'à sa sortie et une fistule pleuro-pulmonaire de toute évidence. Le périmètre thoracique au niveau des mamelons est de 84 centimètres, dont 45 pour le côté droit et 39 pour le gauche; le stylet pénètre à 8 centimètres environ; le contenu de la cavité est de 115 à 120 grammes. Avec un stylet recourbé on constate facilement, comme je l'avais fait en juillet, que la poche s'étend surtout en haut et en arrière, bien moins en bas et en avant.

Ici encore, l'opération d'Estlander n'a donné qu'une amélioration. La capacité de la cavité a diminué de moitié, la cage thoracique a subi un rétrécissement notable, l'état général s'est plutôt relevé, mais en somme la fistule persiste et avec elle un écoulement purulent assez abondant pour mettre le malade dans l'impossibilité absolue de reprendre ses occupations. J'avoue que la nature probablement tuberculeuse de l'affection, que l'existence d'une fistule pleuro-pulmonaire, ne sont pas des conditions favorables ; mais chez le capitaine B..., où la pleurésie était traumatique, le résultat est le même et l'insuccès semble résulter des mêmes causes, la difficulté, pour ne pas dire l'im-

possibilité, d'un retrait suffisant de la paroi thoracique dans sa partie supérieure.

Il me paraît difficile de déterminer jusqu'à présent la valeur réelle de l'opération d'Estlander. La repousser parce qu'elle n'est pas toujours suivie de succès, serait une absurdité; l'appliquer dans tous les cas sans distinction, ne serait pas beaucoup plus sage. Les deux faits que je viens de résumer me paraissent seulement autoriser les conclusions suivantes :

1° La résection multiple des côtes par la thoracoplastie n'est pas, en elle-même, une opération grave comme exécution, elle est à la portée de tous les chirurgiens;

2° En taillant un lambeau musculo-cutané, semi-elliptique, à base postéro-supérieure et de grandeur suffisante, on peut, sans trop de peine, remonter jusqu'à la troisième côte. Pour atteindre la seconde côte et surtout la première, il est à peu près indispensable de diviser le muscle grand pectoral;

3° Les dimensions et la situation du lambeau doivent être en rapport avec l'étendue de la résection, et celle-ci doit être calculée d'après le siège et la capacité de la cavité purulente. Mais, en règle générale, il faut enlever les arcs costaux dans la plus grande longueur possible et ne pas craindre de remonter jusqu'aux premières côtes, car c'est dans cette partie que le retrait de la cage thoracique est le plus nécessaire, en même temps que le plus difficile à obtenir;

4° La conservation du périoste étant rapidement suivie d'une régénération osseuse qui s'oppose à tout déplacement de la paroi, la méthode sous-périostée peut être abandonnée, même chez les adultes;

5° Le résultat acquis au bout de quelques semaines ne me paraît plus susceptible de se modifier d'une façon bien favorable, quels que soient les moyens employés pour favoriser le retrait de la cage thoracique. Il est donc indiqué, si les conditions autorisent une intervention nouvelle, de la pratiquer au bout de 5 à 6 mois;

6° Enfin, lorsque le malade est entré dans l'âge moyen de la vie, lorsque la cavité purulente est de dimensions considérables, il est à peu près certain qu'une seule résection restera insuffisante et qu'il faudra revenir à une nouvelle intervention pour obtenir une guérison complète.

M. Bouilly. Je ne puis que me féliciter vivement d'avoir, par ma première opération, faite en septembre 1882, provoqué parmi les chirurgiens français un vif mouvement d'initiative et de curiosité en faveur de ce procédé opératoire, encore inusité chez nous. Les opérations qui ont rapidement suivi celles que j'avais pratiquées moi-même ont pu constituer de sérieux éléments de discussion à la Société de chirurgie, qui avec son sens clinique habituel, si juste et si élevé, a rapidement résolu, d'une manière presque complète, ous les points du problème.

Mais il s'agit d'une opération jeune encore, aussi bien chez nous qu'à l'étranger, et pour laquelle nous avons besoin d'un supplément d'information et d'éducation, que nous devons tous fournir dans la mesure de nos moyens. C'est à ce titre que j'apporte ici, d'une manière aussi résumée que possible, le résultat de mon expérience personnelle.

La tâche m'a été rendue facile par les remarquables travaux auxquels cette opération a déjà donné lieu et après l'important rapport de notre collègue M. Berger, à propos des malades que j'ai présentés ici, et après les considérations dont il a accompagné ses opérations personnelles; il reste peu de chose à dire sur l'historique de la question, sur le manuel opératoire, sur les indications et contre-indications. Ce n'est plus qu'à ramasser des faits que nous devons nous attacher pour juger de la valeur de cette opération sans idée préconçue.

J'ai pratiqué, pour mon compte, *six* fois l'opération d'Estlander sur cinq malades, l'un d'eux ayant dû subir deux fois l'opération, à deux ans d'intervalle. De ces cinq malades, trois sont connus de la Société; l'histoire de mes deux premiers opérés a été le point de départ de l'excellent rapport de M. Berger.

Je ne fais que la rappeler en deux mots; le premier opéré est un garçon de 21 ans, porteur d'une fistule pleurale, suppurant depuis cinq ans et guérie en trois semaines par la résection de portions des 6e et 7e côtes. Six semaines plus tard, la fistule se rouvrit; celle-ci est dilatée avec de la laminaire; de l'iodoforme en poudre est insufflé dans la cavité, et au bout de deux mois, la guérison était définitive. Le malade, tenu en observation pendant trois mois, vous était présenté au bout de ce temps dans l'état le plus satisfaisant.

Nous retrouverons ce garçon à un autre point de ce travail.

Mon deuxième opéré était dans des conditions beaucoup moins favorables. Il s'agissait d'un homme de 31 ans, atteint d'une pleurésie purulente, ouverte dix mois auparavant, et donnant lieu depuis cette époque à une suppuration abondante par une fistule intarissable. La cavité pleurale admettait un litre de liquide; le malade était tout à fait dans l'hecticité et prêt à succomber. Quatre côtes furent réséquées dans l'étendue de 5 à 7 centimètres. Le malade, très affaibli, ne fut sauvé que grâce aux soins dont il fut entouré et grâce au gavage régulièrement pratiqué pendant six semaines.

Au bout de sept mois, le malade quittait l'hôpital pour retourner à Prague, son pays, portant un petit trajet fistuleux dans lequel on insinuait seulement un centimètre et demi de tube et quelques gouttes de liquide.

Cet homme, qui, dans le rapport de M. Berger, ne pouvait compter que comme amélioré et figurait à la colonne des succès partiels, est définitivement guéri maintenant.

Quelque temps après son retour en Bohême, il m'écrivait une lettre de reconnaissance dans laquelle il m'annonçait que la petite plaie s'était fermée et qu'il n'y avait plus ni trajet ni tube.

Mon troisième opéré a également été présenté à la Société de chirurgie, et son histoire figure entière dans les *Bulletins* de mai 1884. Ce fut le succès le plus rapide et le plus complet que j'aie obtenu.

Une cavité pleurale suppurante, ayant environ 12 centimètres d'étendue en profondeur et en hauteur, était complètement fermée en quinze jours. La résection de 5 côtes était faite à la campagne, le 25 décembre 1883, et, le 15 janvier 1884, le malade quittait la chambre, absolument guéri. J'ai, au moment de la présentation du malade, appelé l'attention sur un incident opératoire qui n'eut pas de conséquence, à savoir la perforation par un trocart du cul-de-sac pleuro-péritonéal et l'apparition à l'extérieur d'un petit peloton épiploïque aussitôt réduit qu'aperçu.

J'ai vu fréquemment cet opéré depuis cette époque ; l'excellence du résultat ne s'est jamais démentie.

Cette série heureuse devait être interrompue par un revers complet. Le cas est encore inédit; je donne le résumé de l'observation que je dois à M. Lannois, interne des hôpitaux.

Le malade est un homme de 30 ans, en traitement à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Guyon. En septembre 1882, l'opération de l'empyème lui est pratiquée dans le service du Dr Rigal; en mars 1884, la suppuration est toujours très abondante par l'ouverture faite entre la 8e et la 9e côte gauche. L'état général est suffisamment bon ; la recherche des bacilles dans les crachats est négative.

La cavité pleurale est énorme ; la grande sonde à exploration vésicale disparaît presque en entier, qu'on la dirige soit en haut vers la clavicule, soit en arrière vers la face postérieure du thorax. Une sonde métallique à grande courbure peut être retournée en tous sens, sans toucher les bords.

Étant donnés l'état général du malade, l'absence de toute manifestation appréciable de tuberculose, la persistance de la cavité suppurante, le professeur Guyon pense à la possibilité de l'opération d'Estlander et me prie de la pratiquer. Celle-ci est faite le 22 mars 1884.

Une longue incision de 25 centimètres est étendue de la 2e à la 10e côte et tombe au niveau de l'orifice fistuleux, où elle croise à angle droit deux incisions presque transversales, de manière à

offrir l'image d'un ⊥ renversé. Huit côtes sont rapidement réséquées de la 9e à la 2e, dans une étendue variant de 6 centimètres à 9 centimètres 1/2.

La plaie est réunie par des fils métalliques ; un drainage profond et superficiel est soigneusement établi.

La cavité pleurale est largement lavée à la solution de chlorure de zinc à 5 0/0.

Dès le lendemain, le 23 au matin, la température montait à 39°,4 pour atteindre le soir 40° ; le 24, malgré une chute à 37°,8, le malade était très oppressé et très souffrant, avec fréquence extrême du pouls.

Le 26, frisson ; suintement sanguinolent abondant par la plaie pleurale et sous les lambeaux ; le facies est mauvais, la dyspnée est extrême, et le soir le pouls est irrégulier.

Le 28, le malade succombe, avec une dyspnée très prononcée.

Il mourait d'une septicémie suraiguë développée dès le lendemain de l'opération.

L'autopsie nous montra une infiltration de gaz et de liquide spumeux sous les lambeaux et dans la plèvre ; une diffluence de la rate et un commencement de dégénérescence graisseuse des reins.

Le péricarde contenait un liquide blanc, floconneux, d'aspect purulent.

Le poumon carnifié ne contenait pas de tubercules ; il n'y avait qu'un ganglion caséeux au niveau du hile.

L'affaissement de la paroi thoracique produit par la résection costale était considérable, et dans les points où les côtes avaient été réséquées il y avait contact entre les plèvres pariétales et viscérales. Mais, en arrière, au-dessous de l'arc formé sur les extrémités postérieures des côtes réséquées, il restait un espace vide dans lequel il n'y avait pas d'accolement. Le rapprochement des bouts antérieur et postérieur de chaque côte réséquée n'était pas encore allé jusqu'au contact, il était permis de supposer que ce vide aurait beaucoup diminué avec le temps.

Pour obtenir un affaissement complet de la paroi thoracique, il avait fallu, en arrière, prolonger la résection, sur les côtes moyennes et supérieures, de 5 à 7 centimètres, et faire une perte de substance osseuse véritablement énorme.

Ma cinquième opération est encore bien récente pour qu'on puisse apprécier aujourd'hui son résultat définitif ; je ne fais que la signaler ; les détails en seront plus tard publiés plus longuement, avec l'assentiment de M. Tillaux ; à qui appartient le malade. Il s'agit d'un garçon de 25 ans portant un empyème chronique depuis plusieurs années, sans apparence de tuberculose pulmonaire. La

cavité pleurale, très considérable, mesurait 18 à 20 centimètres en hauteur et 14 à 16 centimètres dans le sens antéro-postérieur.

La persistance de la suppuration et l'inutilité des injections longtemps prolongées engagèrent M. Tillaux à tenter la résection costale pour combler cette vaste cavité. M. Tillaux voulut bien me confier l'exécution de l'opération.

Celle-ci fut faite dans les premiers jours d'août dernier ; 7 fragments de côte de 7 à 9 centimètres de longueur furent enlevés ; les suites immédiates furent très simples.

Mais aujourd'hui, 14 octobre, deux mois passés après l'opération, l'écoulement est encore abondant et le malade n'est pas guéri. Le temps n'est pas encore suffisant pour que l'on puisse se prononcer sur le résultat définitif ; mais étant donnée la capacité considérable de la cavité primitive, je crains que la guérison ne soit difficile à obtenir et qu'une nouvelle intervention ne devienne nécessaire.

C'est mon premier malade, opéré en 1882, qui a été le sujet de ma sixième opération.

Ce jeune garçon, que j'avais présenté en août 1883, guéri depuis deux mois, vit sa fistule se rouvrir deux mois plus tard, c'est-à-dire après quatre mois d'une guérison apparente complète. L'écoulement se reproduisit au mois de novembre 1883 en très faible abondance, pour cesser pendant des périodes de quinze jours à trois semaines et reprendre au bout de ce temps. La situation est restée toujours la même jusqu'au mois de septembre dernier, où j'ai rappelé ce petit malade à Paris pour parfaire sa guérison par une opération dont je vous entretiendrai tout à l'heure.

En résumé, mes résultats, aujourd'hui, se chiffrent de la manière suivante :

Sur cinq opérés, six opérations ;

Deux succès complets, l'un obtenu très rapidement en quinze jours, l'autre après une longue période de 7 mois ; un succès qui reste complet pendant quatre mois, au bout desquels il se reproduit une suppuration peu abondante, nécessitant une nouvelle intervention ;

Un cas de mort en six jours par septicémie aiguë ;

Une amélioration chez un sujet encore en traitement.

L'étude des cavités pleurales suppurantes chez ces divers malades et de l'étendue des résections costales donne les résultats suivants :

Homme, 31 ans, cavité admettant un litre de liquide, datant de 10 mois, non appréciée par l'exploration à la sonde, que je ne pratiquais pas encore à cette époque, résection de 6 centimètres sur 4 côtes, guérison lente ;

Garçon, 19 ans, cavité mesurant 10 centimètres en hauteur et

7 à 8 centimètres en épaisseur et dans le sens antéro-postérieur, datant de 3 ans, résection de 5 côtes, dans une étendue de 3 à 7 centimètres, guérison rapide ;

Homme, 30 ans, cavité énorme, 24 centimètres en hauteur, 22 dans le sens antéro-postérieur ; résection de 8 côtes dans une étendue de 6 centimètres à 9 centimètres 1/2 ; mort rapide par septicémie aiguë ;

Garçon, 21 ans, cavité admettant 80 grammes de liquide, non exploré à la sonde, résection de 2 côtes, 6 et 7 centimètres, guérison maintenue pendant 4 mois ; récidive ;

Homme, 25 ans, cavité mesurant 18 à 20 centimètres en hauteur, 14 à 16 centimètres dans le sens antéro-postérieur, résection de 7 côtes dans l'étendue de 7 à 9 centimètres, malade encore en traitement.

Il importe surtout de se demander quelles sont les causes des insuccès et quelles conditions doit remplir l'opération pour être curative.

Si l'on met à part les malades affectés de tuberculose pulmonaire et pleurale, qui sont incapables de faire les frais d'une inflammation adhésive et chez lesquels les produits se détruisent au fur et à mesure de leur formation ou persistent sans tendance à l'organisation, il semble théoriquement que l'on ne doit accuser que l'insuffisance de la résection costale.

La paroi thoracique affaiblie sur une surface plus ou moins étendue par la résection du squelette s'affaisse dans cette région, exagérant le travail de dépression naturelle consécutive aux pleurésies de longue durée ; mais si cette dépression ne porte pas sur une surface correspondante à la totalité de la cavité a former, il persiste soit en avant, soit le plus souvent en arrière, ou en haut ou en bas au sinus qui reste béant.

Ce sinus, sans tendance à l'accolement, est surtout à redouter à la partie supérieure du thorax ; en ce point, les premières côtes courtes et rigides, ne peuvent que très faiblement diminuer le contour thoracique, même après la résection d'une partie de leur longueur ; et, s'il s'agit d'une d'une grande cavité s'étendant jusqu'au niveau de la première côte, il n'y a guère de chance d'en obtenir l'oblitération en ce point en pratiquant des résections que la région commence à rendre dangereuses.

Je ne sache pas que jusqu'à présent on ait réussi à oblitérer une cavité s'étendant jusqu'à cette hauteur.

Je considère cette disposition jusqu'à ce jour comme un obstacle presque invincible à un succès complet ; et, si l'on entreprend une opération dans ces conditions, il faut, je crois, ne s'attendre qu'à

améliorer son malade par la diminution de sa cavité suppurante et ne pas espérer une fermeture complète.

Dans la cavité de moyenne dimension portant sur la partie antéro-latérale du thorax et n'atteignant pas les premières côtes en hauteur, l'insuccès ne me semble dû qu'à l'insuffisance de l'étendue de la résection, dans la plupart des cas.

Je suis persuadé que mon second opéré, qui a mis 7 mois à guérir, chez lequel la cavité admettait un litre de liquide, aurait dû avoir 7 à 8 côtes réséquées dans une étendue de 8 à 10 centimètres, au lieu de 4 côtes réséquées dans une étendue de 5 centimètres.

Le malade chez lequel j'ai obtenu la guérison la plus rapide a subi la résection de 5 côtes dans une étendue de 5 à 7 centimètres, pour une petite cavité qui mesurait seulement 7 à 8 centimètres carrés de surface.

Aussi, importe-t-il beaucoup, avant de tenter l'opération, de se rendre un compte aussi exact que possible de l'étendue et de la forme de la cavité pleurale.

Je conseille vivement de faire cette exploration avec un instrument métallique dont on peut varier la forme et les courbures ; une bougie Beniqué remplit parfaitement ces conditions. La cavité de la plèvre doit être explorée comme la cavité vésicale, avec une sonde de petite et de grande courbure. En dirigeant le bec de la sonde vers les différents rayons de la cavité, en marquant sur la peau les points correspondants où se trouve le bec de l'instrument, en mesurant les longueurs introduites dans différents sens, on arrive à se faire une idée de la forme et des dimensions de la cavité. Ce n'est que d'après cette appréciation qu'on peut décider de la longueur des côtes à réséquer.

Cette exploration peut être faite d'une manière encore plus complète quand une fois la première ou les deux premières côtes enlevées, l'accès et l'examen de la cavité sont devenus plus faciles.

Je ne regarde que comme des indications tout à fait complémentaires les renseignements fournis par les injections ou par l'auscultation ou la percussion du poumon. Trop de causes d'erreur obscurcissent les résultats de ces genres d'examen pour leur accorder grande confiance.

Une autre cause d'insuccès partiel, à la suite des résections costales, me paraît devoir être attribuée à la plèvre elle-même ; il s'agit d'un obstacle à la rétraction et à l'affaissement de la paroi, provenant, d'une part, de la grande épaisseur acquise par la plèvre pariétale ; d'autre part, de la faible vitalité de cette membrane, transformée sur la paroi et le poumon en un tissu rigide, sans tendance à la granulation et à l'adhérence. C'est donc un

obstacle d'ordre à la fois mécanique et vital. La plèvre, indurée, épaissie, transformée en un tissu scléreux, suppure peu, mais ne bourgeonne pas, et la cavité à parois rigides et dénuée de vitalité persiste indéfiniment. Au point de vue général, cette forme est la plus favorable; elle appartient aux pleurésies aiguës, franchement fibrineuse, et n'implique pas du tout l'idée d'une déchéance organique, comme certaines suppurations froides de la cavité pleurale.

Contre ces trajets fistuleux ainsi constitués, contre des cavités ainsi formées, l'opération d'Eslander seule est impuissante. La résection costale ne doit être que le premier temps d'une opération plus complexe.

C'est cette opération que j'ai pratiquée chez le malade qui avait subi la résection de deux côtes en 1882.

Après une période de guérison de quatre mois, la suppuration se rétablit, faible et intermittente, mais sans tendance à la suppression, que j'attendis patiemment huit mois.

Tout récemment, au commencement d'octobre, j'ai fait à une femme malade l'opération suivante : j'ai réséqué à nouveau la 6e et la 7e côte dans une petite étendue, en un point où elles étaient revenues se mettre en contact, comme si celles-ci n'avaient pas déjà perdu 6 à 7 centimètres de leur longueur.

Cette résection ne me paraissant pas répondre à la totalité de la cavité adjacente, qui descendait plus bas, j'enlevai environ 5 centimètres de la 8e et la 9e côte.

Il me fut permis, dans cette opération, de constater l'énorme affaissement produit par la résection costale de 1882 ; en ce point, la paroi était tellement affaissée, que les côtes sous-jacentes non réséquées, qui n'avaient pas suivi le retrait du thorax, surplombaient d'environ 1 1/2 centimètre. Cette énorme rétraction paraît bien être le mécanisme de la guérison.

Après la résection de la 8e et de la 9e côte, le doigt introduit dans la cavité était serré de tous côtés par des tissus durs et inextensibles dont il était impossible d'espérer l'affaissement, malgré l'ablation du squelette.

J'enlevai donc, séance tenante, à coups de ciseaux et à l'aide du bistouri boutonné, la plèvre pariétale, épaisse de 1 1/2 centimètre, dure comme du cuir et absolument fibreuse. Cette ablation mit à jour une cavité large d'environ 6 centimètres carrés, profonde de 8 à 10 centimètres.

Celle-ci fut bourrée de gaze iodoformée, sans réunion du lambeau superficiel, qui ne fut suturé que dans sa partie postérieure.

Le fond et les bords de cette profonde cavité granulent avec vigueur, et je ne doute pas que le résultat définitif ne soit rapidement satisfaisant.

C'est transporter dans une autre région l'opération de la fistule à l'anus avec résection des callosités ; ici la résection de la plèvre doit être mise sur le même plan que la résection des côtes, au point de vue de la guérison définitive, et le mécanisme de la guérison ne doit pas être assimilé à celui que l'on obtient par l'opération d'Estlander proprement dite.

Je laisse de côté bien d'autres points afférents à cette question ; mais je suis heureux de constater que nous sommes aujourd'hui mieux armés contre les suppurations chroniques consécutives à la pleurésie tuberculeuse, et je suis convaincu que nous ferons encore des progrès dans cette voie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

J. CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 22 octobre 1884.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° *Du traitement des trichiasis par les cautérisations au thermocautère*, par le Dr VIEUSSE, médecin major de l'hôpital militaire de Perpignan (Commission : MM. Ledentu, Nicaise, Terrier);

3° Morsure de rat suivie d'intoxication ayant déterminé des accidents simulant l'hydrophobie (Commission : MM. Ledentu, Monod et Richelot, rapporteur) ;

4° M. Jules BŒCKEL, membre correspondant, envoie un mémoire, intitulé : *Note sur* 85 *cas de trachéotomie à l'aide du thermo-cautère;*

5° M. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, offre à la Société un mémoire intitulé : *Traitement du cancer utérin. — Avantages de l'amputation du col par l'anse galvanique;*

6° M. S. Pozzi offre un mémoire intitulé : *De la valeur des altérations du rein consécutives aux corps fibreux utérins, pour les indications et le pronostic de l'hystérotomie;*

7° M. le Dr Michaux présente, pour le prix Duval, sa thèse intitulée : *Contribution à l'étude du carcinome de la parotide;*

8° M. le Dr Pousson offre, pour le prix Duval, sa thèse intitulée : *Intervention dans les tumeurs de la vessie dans les deux sexes.*

A propos du procès-verbal sur la thoracotomie.

M. Championnière. J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux les pièces concernant le malade dont je vous ai parlé après la communication de M. Nicaise. Voici les 5 côtes (3e à 7e) enlevées le 13 décembre 1884. Cette première opération était, vous le voyez, très large, puisque j'ai enlevé 11 centimètres de la 7e et 7 centimètres de la 3e. Voici le tube de caoutchouc de 19 centimètres que j'ai extrait de la plèvre. La cavité était immense; j'avais cru l'avoir remplie avec plus d'un demi-litre de liquide; j'ai vu plus tard que je m'étais trompé. On y promenait en tous sens une longue sonde de Blandin. L'opération de l'empyème avait été faite deux ans auparavant. Malgré ces mauvaises conditions, l'amélioration fut rapide. En juin, je retrouvai le malade non guéri et lui réséquai, le 14 juin, 4 côtes (4e à 7e), dans une étendue un peu moindre, 6 à 7 centimètres pour chacune. Vous pouvez voir certaines portions nouvelles de ces côtes.

Enfin, le 11 septembre, je réséquai le plus haut possible, c'est-à dire de la 2e à la 6e côte, 5 côtes, dans une étendue de 2 à 3 centimètres par côte. Cette fois, l'étendue des côtes réséquées est moindre, les difficultés de l'opération furent grandes. Ses suites furent simples, et le malade est bientôt sorti pour reprendre ses occupations. Il n'est pas guéri, mais très amélioré, et peut ainsi aller longtemps encore dans un état satisfaisant, même s'il n'arrive pas à la cure radicale.

En somme, il est probable que, sur ces immenses et anciennes cavités, l'opération est condamnée à beaucoup d'insuccès. Je crois qu'il y a lieu d'insister sur l'utilité d'intervenir vite et largement. Les réopérations sont plus difficiles que les opérations premières; les difficultés deviennent de plus en plus grandes. Mais la simplicité des suites est si grande que cette opération me paraît

devoir être recommandée, même dans de mauvais cas comme le mien.

M. Berger. A la fin d'un rapport, j'avais conclu à la bénignité de l'opération. Depuis, j'ai publié un cas de mort, M. Bouilly de même; en somme, des accidents mortels ont été cités. D'autre part, les insuccès et les demi-succès se sont multipliés. Je crois donc qu'aujourd'hui mes conclusions deviendraient un peu moins avorables.

Les très grandes dimensions des cavités ne sont pas absolument mauvaises pour l'opération ; mais elles augmentent certainement les chances de mort.

La septicémie aiguë invoquée par M. Bouilly a pu être singulièrement compliquée par les troubles respiratoires. L'ensemble du thorax est, en effet, violemment modifié. Dans mon cas, les troubles respiratoires ont été évidents. Les côtes supérieures réséquées, le danger doit augmenter. Je crois, comme M. Championnière, la résection de la 1re côte inutile et, par-dessus le marché, dangereuse. On a pourtant, je le sais, réséqué la clavicule avec les côtes supérieures, sauf la 1re, et cela avec succès.

L'épaississement des parois a déterminé des chirurgiens à la résection des parois. Mais cette opération, proposée par Schede, ne doit pas être confondue avec la méthode d'Estlander ; le mode de guérison cherché est tout différent. Je crois, du reste, que cette opération n'est applicable qu'aux petites cavités. M. Bœckel l'a faite pour une grande, mais son malade était devenu albuminurique et se mourait ; d'autres faits du même ordre sont connus.

L'opération d'Estlander est encore assez obscure dans ses indications. Sauf les immenses cavités, on est partout autorisé à intervenir, mais il est bien difficile d'établir le pronostic.

Les injections sont trompeuses à cause de la difficulté du retour du liquide. Avec les instruments rigides, on s'expose à des inconvénients.

Cela ne détournera pas de l'opération. Mais on devra chercher à la faire d'emblée.

En ce qui concerne l'opération, le nom de Letiévant ne me paraît pas devoir être mis à la place de celui de M. Estlander. D'autres pourraient réclamer aussi justement que lui le texte de sa communication. Dans nos *Bulletins* il ne propose pas du tout cette opération.

M. Gayet. Je ne veux établir aucune réclamation, cependant j'aurais quelques droit. En 1874, j'ai fait plusieurs traitements

d'empyème par aspiration continue. J'estimais que les côtes opposent une résistance invincible à cette opération, mais qu'on pourrait peut-être y remédier.

Voici ce qu'un de mes élèves, M. Chabalier, a écrit à ce sujet dans une thèse sur l'aspiration dans les abcès, passée à Montpellier en 1875 : « Toutefois, on ne doit pas désespérer d'y arriver. En effet, si on observe comment la nature s'y prend pour amener la cicatrisation chez l'heureux malade qui en guérit, on voit le malade incurver la paroi thoracique du côté où se trouve l'empyème; les côtes se rapprochent, se recourbent en dedans, et la plèvre pariétale finit par s'accoler à la plèvre viscérale. La guérison a lieu alors. Il ne faut pas espérer, avec l'incurvation continue, amener cette incurvation des côtes; mais l'on peut rendre la paroi thoracique mobile dans une certaine étendue, et alors elle s'incurvera en dedans et viendra s'appliquer contre le poumon. *La gravité de l'empyème autorise parfaitement ce mode d'intervention pour arriver à produire une paroi mobile; je veux parler de la résection de plusieurs centimètres d'une côte.* Grâce à cette résection, un large espace de la paroi thoracique devient mobile, s'incurve en dedans, assez pour arriver en contact avec le poumon. *Nous tenons de M. Gayet qu'il est parfaitement décidé à agir ainsi la première fois qu'il en aura l'occasion.* Les observations V et VI nous autorisent à préconiser la résection de plusieurs centimètres d'une côte. » (*Thèse* de Chabalier. Montpellier, 1875)

Lors de la soutenance de cette thèse, un incident se produisit : Une proposition aussi nouvelle et aussi audacieuse offusqua singulièrement l'un des examinateurs, qui ne put s'empêcher de mettre de l'ironie dans sa voix en disant au candidat : « Eh quoi! pour faciliter le retrait de la paroi thoracique, M. Gayet irait jusqu'à réséquer une côte, deux côtes, trois côtes! — Oui, Monsieur le professeur, répondit Chabalier, quatre, s'il le fallait! »

M. Berger. Je trouve qu'il y a une singulière différence à avoir prévu une opération et à avoir fait et publié une méthode complète. Il n'y a pas lieu peut-être de mettre un nom à l'opération, mais je ne saurais considérer la part des auteurs cités comme comparable à celle d'Estlander.

M. Verneuil. S'il ne s'agissait que de proposition en l'air, je comprendrais que l'on refusât la priorité. Mais voici que M. Gayet fait une opération et rappelle un texte précis datant de 1875. Sa réclamation est fondée comme celle faite pour Letiévant.

Je crois, du reste, que pour cette opération, à laquelle plusieurs auteurs ont participé, il serait plus sage de supprimer tout nom

propre, même celui d'Estlander, l'excellent chirurgien et le très galant homme dont nous regrettons tous la mort prématurée.

M. Sée. Mon malade, que j'ai cité au cours de la discussion, n'est pas guéri; il a conservé une cavité, et je ne compte pas lui faire de nouvelle opération, d'autant plus qu'il a des antécédents tuberculeux.

Communication.

Application de la colotomie au traitement des fistules vésico-intestinales, par M. Duménil (de Rouen) M. C.

La communication que j'ai l'honneur de faire aujourd'hui à la Société de chirurgie sera en quelque sorte un appendice à celle que j'ai faite au congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, en 1883, sur l'application de la colotomie au traitement des fistules vésico-intestinales. Dans ce travail, je cherchais surtout à faire ressortir l'utilité de l'opération. La relation d'un nouveau fait aura principalement pour but la détermination de la méthode à laquelle il convient de donner le choix.

Une femme de 30 ans entre dans mon service, le 24 décembre 1883, pour des accidents consécutifs à un accouchement remontant à deux ans. Cet accouchement fut laborieux, et depuis elle a toujours souffert quoiqu'en état de continuer ses occupations jusqu'aux quatre derniers mois.

Mais depuis cette époque, les douleurs de bas-ventre se sont accentuées avec irradiation dans les cuisses, et les lombes et ont persisté jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu. La malade prétend en outre rendre des excréments par le vagin.

Le col utérin est à l'état normal, l'orifice est petit, arrondi, sans ulcérations. La pression sur le cul-de-sac vaginal gauche est douloureuse, surtout en avant; en refoulant le corps de l'utérus sur le doigt explorateur on provoque une vive douleur. Rien à droite. Le corps de l'utérus dépasse la symphyse pubienne de deux travers de doigt. L'exploration rectale fait constater quelques noyaux d'induration au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche et une sensibilité assez vive. La pression de la fosse iliaque gauche est également douloureuse et révèle de la rénitence. Pas de troubles gastro-intestinaux. Aspect profondément anémique. La température oscille de 38 à 39° et même à 39°,6.

Pendant les deux premières semaines du séjour de la malade, nous n'avons observé rien de particulier du côté des urines. Une injection colorée dans le rectum ne démontra pas l'existence d'un trajet fistuleux, mais au bout de cette période elle rendit des urines alternativement

claires ou troublées par des matières fécales ; les mictions étaient fréquentes, modérément douloureuses. Le cathétérisme confirma le diagnostic en provoquant une émission abondante de gaz, et les personnes de service affirmèrent que souvent l'émission des urines s'accompagnait de bruits qui s'entendaient à distance. Les douleurs de la fosse iliaque gauche augmentaient d'intensité. Jusqu'au 16 février, la température se maintint élevée et atteignit à plusieurs reprises 40°.

Le 16 *février*, j'établis un anus artificiel dans la région inguinale gauche, sur l'S iliaque, d'après la méthode de Littre.

L'opération se fit avec la plus grande facilité. L'intestin fut fixé à la paroi par 18 points de suture. L'écoulement des matières s'établit facilement par la plaie, mais sans cesser de se faire en même temps par le bout inférieur.

Les sutures furent enlevées le 21. Il se fit consécutivement un peu de suppuration, avec légère ulcération sur la partie externe, mais la guérison n'en fut nullement entravée. A partir du jour de l'opération, le passage des matières et des gaz dans la vessie cessa complètement, les mictions devinrent moins fréquentes et ne furent plus douloureuses, quoique l'urine continuât à être un peu troublée par des globules de pus.

Il y eut cependant, à partir du 20, presque tous les jours une selle régulière par les voies naturelles, en même temps qu'une partie des matières prenait cours par l'anus artificiel ; celles-ci étaient claires, tandis que celles qui s'engageaient dans le bout inférieur de l'intestin étaient fermes, en boulettes ou petits boudins.

Il y eut dans l'état général une amélioration manifeste, la température descendit à 37°, les douleurs de la fosse iliaque disparurent et la malade reprit manifestement des forces, les mictions nocturnes disparurent complètement. On l'alimentait surtout en viande crue, dont on facilitait la digestion par la pepsine.

Jusqu'au 8 mars, l'état resta très satisfaisant, malgré le passage en grande quantité des matières solides par les voies naturelles. Mais ce jour-là la température s'éleva le soir à 39°,6, sans frissons, sans troubles autres que des coliques siégeant dans tout le ventre avec borborygmes ; les matières rendues par l'anus artificiel, toujours en grande quantité, étaient en bouillie claire, il ne passait rien dans la vessie. Je constatai que la malade recevait des fruits du dehors, j'en interdisis l'entrée et je lui fis administrer du diascordium, 4 grammes, et de l'extrait thébaïque, 3 centigrammes.

La température resta un peu élevée, oscillant de 38 à 39°.

Au commencement d'avril, la malade fut prise de toux sèche et perdit l'appétit ; l'exploration de la poitrine ne révélait rien de déterminé. L'examen attentif des urines continuait à être négatif. La malade accusait une douleur assez vive à la pression au-dessus de l'arcade fémorale droite. L'évacuation des matières fécales continuait à se faire en deux parties comme précédemment. Il y avait un dépérissement marqué.

Le 19 *avril*, la température monta à 40°,2 ; des symptômes de pneumonie hypostatique se montrèrent aux deux bases et la malade succomba le 29. Quelques jours avant la mort,les matières fécales avaient reparu dans les urines et des gaz s'échappaient de nouveau par l'urètre.

Autopsie le 1er mai. — Le grand épiploon est adhérent à la paroi abdominale par son bord inférieur et son bord droit ; il est parfaitement sain, sauf la présence, dans son épaisseur, à 3 centimètres de l'estomac, d'uu ganglion du volume d'un haricot, dont la coupe offre l'aspect caséeux. L'estomac est distendu par des liquides et des gaz ; le côlon transverse est météorisé, le côlon descendant a conservé sa disposition normale.

L'anus artificiel est bien établi sur l'S iliaque, les adhérences à la paroi abdominale sont complètes. Cette partie d'intestin suit absolument sa direction normale, elle décrit une grande courbe, sans déviation anguleuse, ce qui explique l'absence complète d'éperon constatée à l'autopsie comme elle l'avait été pendant la vie.

Deux anses d'intestin grêle plongeant dans l'excavation pelvienne ont contracté des adhérences intimes avec le sommet de la vessie, en passant au-dessus de l'utérus, auquel elles sont également adhérentes ; au-dessous de ces adhérences, l'intestin grêle reprend son trajet normal.

A droite de l'utérus, entre son bord et la paroi de l'excavation pelvienne, on trouve une masse de forme triangulaire, à base supérieure, bosselée, de couleur violacée, se continuant par une sorte de pédicule avec le bord de l'utérus. En cherchant à la détacher des anses intestinales qui adhèrent à sa partie supérieure, on détermine une déchirure par laquelle s'échappe du pus caséeux.

L'examen attentif de ce foyer fait constater que la masse qui le représente est formée par la trompe, présentant presque le volume du petit doigt, des parois très épaisses et aboutissant à une cavité remplie de pus caséeux.

A cinq centimètres au-dessous de l'anus artificiel, l'intestin présente une large ulcération, dont un des bords adhère à la paroi pelvienne gauche, tandis que l'autre bord est libre ; cette ulcération représente une sorte de cloaque rempli de matières fécales ; il est continué par un trajet qui se prolonge entre l'utérus et le rectum et aboutit dans la partie inférieure de celui-ci, de telle sorte qu'une partie de l'intestin, longue d'environ 6 centimètres, contournée en arrière, se trouve entre les deux ouvertures du cloaque. On n'y trouve pas traces de matières fécales, et la muqueuse y présente l'aspect normal.

La vessie est petite, la face interne est sillonnée de plis épais et d'une teinte violacée. Au sommet on trouve un petit pertuis conduisant, par un trajet très étroit, dans le cloaque que j'ai signalé et en même temps dans une des anses de l'intestin grêle adhérentes à la vessie.

A part les adhérences de l'utérus dont jai parlé, cet organe ne présente aucune lésion.

Les deux poumons sont fixés aux parois thoraciques par des adhé-

rences fortes et étendues. Les lobes inférieurs sont hépatisés, denses, non aérés, friables, infiltrés de pus, entourés d'une couche d'exsudat purulent.

Les sommets présentent une infiltration tuberculeuse et des petites cavernes.

Un peu de liquide dans le péricarde; rien du côté du cœur. Le foie est jaunâtre, graisseux, adhérent à la face inférieure du diaphragme et à la partie latérale de la paroi abdominale.

Les reins sont décolorés par places. La rate est normale.

Le point de départ des accidents chez cette malade a été évidemment une inflammation péri-utérine consécutive à l'accouchement, inflammation qui a provoqué des adhérences de l'intestin avec le sommet de la vessie et un travail ulcératif au niveau de ces adhérences. La particularité la plus remarquable que nous offrent les lésions est ce long cloaque qui avait remplacé 6 centimètres du rectum et fournissait un canal de dérivation complet à la circulation des matières fécales. Notons aussi la double communication avec l'intestin, l'un des trajets conduisant à l'intestin grêle, tandis que l'autre aboutissait au rectum. Cette circonstance, signalée dans plusieurs observations de fistules vésico-intestinales, fera toujours échouer la colotomie quand elle se présentera; et, malheureusement, elle ne peut guère être reconnue pendant la vie. Ces constatations nous prouvent que les lésions seront quelquefois trop profondes, trop étendues, trop anciennes, pour que la création d'un anus artificiel puisse donner des résultats bien satisfaisants. Mais il peut se présenter des cas plus simples où une fistule à trajet unique constitue à elle seule la lésion, et soit susceptible de guérir si on arrive à supprimer la cause qui l'entretient. J'ai rapporté un certain nombre de ces cas dans mon premier travail.

Par dérogation à ce qui a été fait jusqu'alors dans tous les cas où l'on a appliqué la création d'un anus artificiel au traitement des fistules vésico-intestinales et à ce que j'ai fait moi-même antérieurement, j'ai opéré ici dans la région inguinale, d'après la méthode de Littre. J'y ai été conduit par les difficultés souvent très grandes qu'on éprouve à pratiquer la colotomie lombaire, par les erreurs qui ont été commises dans la recherche de l'intestin, erreurs quelquefois bien difficiles à éviter quand il s'agit de trouver à une grande profondeur le côlon, vide souvent, complètement revenu sur lui-même. Mais je suis convaincu, après cette seconde expérience, que c'est la colotomie lombaire qu'il faut pratiquer à tout prix dans les cas de fistules vésico-intestinales, si l'on veut tirer de l'anus artificiel un bénéfice assuré.

En effet, l'S iliaque, très rapprochée de la paroi abdominale et

très mobile, ne subit que très peu de déviation quand on l'y fixe, et il en résulte que l'anus artificiel manque d'éperon. La présence de l'éperon, si fâcheuse dans d'autres circonstances, est ici indispensable à la réussite, puisqu'il est le seul obstacle au passage des matières dans le bout inférieur, et plus il sera développé, plus le cas sera favorable. Quand on crée un anus artificiel pour remédier à un obstacle au cours des matières, la présence de l'éperon importe peu; on ne cherche, par l'opération, qu'à établir une soupape de sûreté; on est certain que les matières reviendront par la voie artificielle si elles ne peuvent pas en trouver une autre, c'est tout ce que l'on demande. Tout autre est le but à remplir quand on détourne le cours des matières pour obtenir la cicatrisation d'un trajet fistuleux.

Le déplacement assez étendu qu'on fait subir au côlon descendant, quand on l'attire au dehors à travers une plaie profonde, doit amener forcément la formation d'un éperon, et réaliser ainsi la condition indispensable à la création d'un anus artificiel pour le but que nous poursuivons. Cette différence dans le résultat des deux méthodes se traduit de la manière la plus évidente dans les deux observations que j'ai recueillies : éperon très developpé, faisant opercule sur l'orifice du bout inférieur dans la première, absence complète d'éperon dans la seconde. Aussi voyons-nous, chez la dernière malade, la défécation se faire par les voies naturelles aussi régulièrement que s'il n'y avait pas eu d'anus artificiel.

Cependant, à partir du moment de l'opération jusqu'aux derniers jours de la vie, les matières ont cessé de passer dans la vessie. Comment expliquer ce résultat? Les déjections que le bout inférieur de l'intestin avait continué à recevoir avaient subi au niveau de l'anus artificiel une certaine transformation, elles s'étaient dépouillées en grande partie de l'élément liquide, et leur consistance les empêchait de s'engager dans l'orifice vésical de la fistule dont nous avons constaté l'étroitesse. L'anus artificiel remplissait ici l'office d'un véritable appareil diviseur. Mais il est certain que si l'orifice fistuleux avait été plus large, nous n'aurions pas vu la cessation du mélange des matières fécales aux urines.

Malgré les mauvaises conditions locales de l'opération dans ce cas, il n'en est pas moins résulté dans l'état de la malade une amélioration temporaire dont nous devons tenir compte, amélioration qui a été compromise par des désordres généraux auxquels une longue période de souffrances avait préparé le terrain. Je n'ai pas l'intention d'insister ici sur les résultats que peut donner l'application de la colotomie au traitement des fistules vésico-intestinales. Mon but unique, en faisant cette communication à la Société de

chirurgie, est de démontrer la nécessité de recourir en pareil cas à la colotomie lombaire, malgré ses difficultés.

Discussion.

M. Verneuil. — L'idée de substituer une infirmité moins grave à une autre plus grave est excellente en soi. Mais l'anus artificiel fait-il rester, entre lui et la vessie un bout d'intestin où les matières peuvent passer. Il faudrait un éperon considérable pour empêcher ce passage. M. Dumesnil espère que la méthode de Callisen fera un éperon; cela n'est pas sûr. Je crois que c'est le procédé qui permettra d'y arriver. Il faut coudre la périphérie complète de l'intestin et supprimer tout passage inférieur. Cela fait sans doute un anus artificiel définitif; mais le rétablissement régulier des matières n'ayant guère de chances de se faire dans de bonnes conditions, je crois qu'il faut s'y résoudre.

M. Guéniot. — J'ai observé un fait unique. De même qu'il y a des fistules vésico-vaginales qui guérissent spontanément; il y a des fistules vésico-intestinales qui guérissent seules. J'ai vu cela une fois avec M. Villemin. Dans certains décubitus de la personne, les gaz ne passaient pas; on lui fit prendre cette position, tenir le ventre libre, et, après plusieurs mois, la guérison était survenue.

M. Trélat. — Il ne faudrait pas discuter, à propos de la communication de M. Dumesnil, l'opportunité de l'opération de Callisen. Dans l'opération dont parle M. Verneuil, suture totale du bout de l'intestin, on s'expose à de grands dangers. Madelung, qui l'a proposée, a perdu les deux malades sur lesquels il l'avait pratiquée. Cela s'explique, puisque le cul-de-sac inférieur est isolé et sans bouche de sortie, et permet l'accumulation de matières fétides entre l'anus et la vessie.

Quant à l'opération de Callisen, il est certain que l'écoulement se fait assez bien sans qu'il soit utile de nettoyer le bout inférieur. Cela tient à ce que l'intestin attiré dans une ouverture à parois épaisses a nécessairement un éperon plus important.

M. Le Dentu. — Cette discussion me suggère une idée; on substitue, par ces opérations, une infirmité à une autre. Ne serait-il pas plus pratique et plus raisonnable d'ouvrir la vessie. Étant donnée la petitesse de la fistule, l'examen direct pourrait peut-être suffire à déterminer des interventions moins graves. Ce n'est, du reste, qu'un point que je soulève. La taille hypogastrique, en ces cas,

n'aurait pas les difficultés dues aux pierres. Les conditions pourraient être favorables.

M. Dumesnil. — Tous ces points ont été indiqués dans mon premier travail.

J'ai tenté la fixation de l'éperon sans succès.

J'ai cité la proposition de fixation de la totalité de l'intestin.

La guérison spontanée est rare, mais il y en a quelquefois.

L'action directe sur la vessie a été proposée par plusieurs voies, dilatation du col de la vessie, et même création de fistules vésico-vaginales.

La proposition de M. Le Dentu me paraît très applicable.

J'ai cité le nom de Madelung ; je n'affirme pas qu'il n'y en ait pas d'autres. Mais je voudrais, moi, si je faisais cette opération, laisser les deux bouts ouverts.

J'y songe d'autant plus qu'aucun procédé n'empêche le passage de matières dans le bout inférieur.

M. Trélat. — Ce que j'ai dit, c'est que, dans l'anus lombaire, la disposition est meilleure que dans l'anus par la méthode de Littre.

M. Dumesnil. — Il y a, parmi les opérations d'anus artificiels, des cas qui touchent à la guérison.

Présentation de malade.

M. Humbert communique une fracture du fémur bien consolidée sur laquelle on avait diagnostiqué un néoplasme du fémur.

Présentation d'instrument.

M. Championnière présente des pinces à mors fenêtrés pour la fixation du pédicule et des adhérences dans l'ovariotomie.

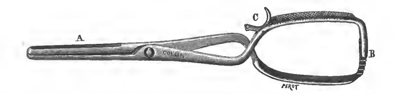
M. Championnière présente à la Société de chirurgie ces pinces que vient de construire pour lui M. Collin. Pour isoler les tumeurs et constituer leur pédicule, tous les ovariotomistes ont employé des pinces à longs mors pouvant saisir une épaisseur et une longueur de tissu considérables. Il y en a des modèles de Spencer Wells, de M. Terrier, etc. Toutes les pinces construites pèchent par deux défauts : la prise est insuffisante, et la puissance manque.

Les mors de celle-ci sont fermés par la rencontre de branches

fenêtrées, A, dans lesquelles les parties molles serrées s'engagent, font hernie, de telle sorte qu'une prise excellente étant assurée, aucun glissement n'est possible. Cependant il n'y a ni pointes qui compliquent les manœuvres, ni dents si difficiles à nettoyer.

La prise des mors se fait à peu près parallèlement, de telle sorte que les parties à pédiculiser ne soient point chassées du talon vers la pointe de l'instrument.

Grâce à une longueur de manche considérable, la force pouvant



être déployée est énorme, èt en B une crémaillère double assure la fermeture solide de l'instrument.

La tenue de cette crémaillère est telle que le déclanchement de l'instrument serait difficile et exigerait les deux mains sans un artifice très simple. En C, le pouce peut chasser un petit coin métallique qui pénètre entre les deux branches et les écarte légèrement. Cela suffit à assurer le déclanchement de l'instrument sans déploiement de force.

Ces pinces, dont il existe plusieurs modèles, suivant la puissance nécessaire, ont fait leurs preuves pour l'ovariotomie, où elles donnent de grandes facilités pour la confection du pédicule, pour la destruction de grosses adhérences vasculaires. Mais en beaucoup de régions elles rendront des services importants pour l'ablation de tumeurs très vasculaires. Leur mode de préhension très solide les rendra propres à bien des rôles différents.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

J. CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 29 octobre 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° M. le professeur Albert, de Vienne, adresse le second volume de son *Traité de chirurgie et de médecine opératoire ;*

3° M. le Dr Girou, de Paris, envoie une brochure intitulée : *Considérations sur la taille hypogastrique ;*

4° Un mémoire pour le prix Laborie ayant pour épigraphe : *Amicus Plato sed magis amica veritas ;*

5° M. Jeannel, de Toulouse, adresse un mémoire intitulé : *Traumatisme et grossesse* (Commission : MM. Delens, Nepveu et Marchand, rapporteur).

M. le Président fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Faucon, de Lille, membre correspondant, et annonce que le Secrétaire général se fera, auprès de Mme Faucon, l'interprète des sentiments de la Société.

Rapport.

Quelques faits d'ectrodactylie, rapport sur une observation de M. le Dr Guermonprez, de Lille, intitulée : *Ectrodactylie avec conservation partielle du pouce et de l'auriculaire*, par M. Paul Berger.

Dans une des dernières séances, M. le Dr Guermonprez, de

Lille, vous a lu la description d'un cas rare et curieux d'ectrodactylie, dont il vous a présenté le dessin. La malformation était limitée à la main droite; elle affectait la disposition à laquelle on a donné le nom de *pince de homard;* c'est-à-dire que les doigts extrêmes seuls étaient conservés : le pouce et l'auriculaire, avec les métacarpiens correspondants; mais la division qui séparait ces derniers n'était pas complète, et une sorte de métacarpien intermédiaire, dépourvu de doigts, s'articulait entre eux avec le carpe, et mettait un obstacle au rapprochement des deux branches de la pince constituée par ces doigts et les métacarpiens qui les supportaient. D'ailleurs, les doigts eux-mêmes offraient une autre anomalie, car ils n'étaient pourvus : le pouce que d'une seule phalange, l'auriculaire que de deux, compensant à la vérite par le développement exagére de ces portions de squelette l'absence des segments qui faisaient défaut.

Voici l'observation complète de cette malformation :

Ectrodactylie avec conservation partielle du pouce et de l'auriculaire, par le Dr Fr. Guermonprez.

Né de parents bien conformés, entouré de cinq frères et sœurs tous également bien conformés, l'instituteur X... ne présente pas d'autre anomalie congénitale que celle de sa main droite.

Cette main est notablement plus petite que sa congénère, pourvue d'une peau plus délicate et un peu plus pâle. Le pouce et l'auriculaire seuls existent.

Le pouce est réduit à sa phalange unguéale et au métacarpien. Ce premier métacarpien est aussi long et aussi bien conformé que celui du côté gauche. La phalange unguéale est aussi large que sa congénère, mais elle présente 12 à 15 millimètres de plus en longueur. Elle fait, du côté de la flexion, un angle à peu près droit avec son métacarpien et ne peut accomplir de mouvements dans une étendue de plus de 30°. Encore les mouvements spontanés sont-ils impossibles; il faut les communiquer pour connaître leur valeur. Les mouvements d'abduction, d'adduction et d'opposition du pouce sont presque complets.

L'auriculaire se compose d'un métacarpien et de deux phalanges seulement. Le métacarpien est peut-être un peu plus long; il est certainement beaucoup plus épais que son congénère. La phalange métacarpienne est de 7 millimètres plus longue que celle du côté gauche; son épaisseur est à peu près la même, sauf au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, qui est plus épaisse. La phalange unguéale, légèrement inclinée en dehors, est un peu plus volumineuse que celle du côte opposé. Les mouvements de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction se font complètement dans l'articulation métacarpo-phalangienne de l'auriculaire.

Ensemble, les deux doigts peuvent se replier pour former le poing; toutefois, l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce ne permet pas à ce doigt d'être recouvert par l'autre : pour fermer le poing, l'auriculaire se trouve au-dessous du pouce, qui vient se replier pardessus.

Le rapprochement des deux doigts ne peut, d'ailleurs, être obtenu d'une façon bien complète, en raison d'un obstacle facile à constater par la palpation.

Dans la région métacarpienne on trouve un os, long de 32 à 35 millimètres, épais de 8 à son extrémité externe et de 20 du côté du petit doigt. Transversalement dirigé entre les deux métacarpiens, cet os s'articule avec eux et aussi avec la partie médiane du carpe, sur lequel il est d'ailleurs peu mobile.

Cet os empêche le rapprochement des deux doigts à ce point que le sujet ne peut écrire avec un porte-plume ordinaire; il lui faut une pièce notablement plus volumineuse pour écrire longtemps sans fatigue. Dans ces conditions, il fournit avec une véritable rapidité la calligraphie que comporte sa profession d'instituteur. Il peut, de même, dessiner et faire bien d'autres travaux d'adresse, pourvu toutefois que l'instrument qu'il manie soit d'un volume suffisant.

Il en est de même pour les travaux de force : bien que la vigueur soit moins grande que du côté gauche, le sujet peut, à l'aide de ses deux doigts, soulever de lourds fardeaux ou faire de véritables efforts toutes les fois que le volume de la poignée lui donne une assez large prise.

Au-dessous de cet os métacarpien intermédiaire, se trouve une masse charnue, probablement graisseuse, puisqu'elle ne durcit guère dans les efforts. Cette masse charnue s'étend jusqu'à 35 millimètres au-dessous de l'os métacarpien médian.

Les masses musculaires forment une éminence thénar et une éminence hypothénar aussi importantes que celles du côté opposé.

L'artère radiale, après son passage dans la tabatière anatomique, se retrouve aisément sur le bord interne de la face postérieure de presque tout le pouce.

L'artère cubitale ne se retrouve guère au-dessous de l'avant-bras et du poignet.

La peau ne présente rien de notable, non plus que les ongles. La sensibilité n'est pas troublée.

L'avant-bras et le carpe sont normaux.

Au point de vue fonctionnel, il est vrai de dire que les mouvements de cette main ne sont pas absolument corrects. Ainsi, par exemple, les mouvements de l'écriture ne se passent pas dans les articulations des phalanges et des métacarpiens. Comme l'a remarqué Morel-Lavallée sur un autre sujet, les mouvements s'accomplissent par des déplacements, en totalité, du poignet et de l'avant-bras.

Cette incorrection ne diminue ni la délicatesse, ni la vigueur des

mouvements quand les conditions sont propices, c'est-à-dire quand le large espace compris entre les deux doigts se trouve suffisamment comblé.

Aucune restriction ne serait nécessaire si cet espace était moins étendu : la preuve en est dans l'une des observations que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie le 16 janvier dernier; malgré la luxation du premier métacarpien en arrière, la vigueur et la dextérité étaient mieux conservées que chez notre instituteur.

Depuis lors, M. Guermonprez m'a adressé, en me chargeant de vous le communiquer, un autre fait, dans lequel l'anomalie principale portait sur les deux pieds et présentait, avec la malformation ci-dessus décrite de la main, une singulière analogie. Il s'agit d'un individu dont les deux pieds sont divisés jusqu'au tarse par une scissure profonde, qui leur donne l'aspect de pieds fourchus. De chaque côté de ce sillon, néanmoins, existent deux métatarsiens indépendants quoique réunis par l'enveloppe tégumentaire; mais, tandis que la branche interne de chaque pied ne supporte qu'un seul orteil, qui, par sa situation, doit être considéré comme le gros orteil, la branche externe se termine par deux orteils dont l'un, à la vérité, est absolument rudimentaire.

Ectropodie double avec palmure de deux doigts de la main,
par le Dr Fr. Guermonprez.

Benoit K..., actuellement âgé de 28 ans, est né à Cassel (Nord). Sa famille se compose de ses père et mère, sept sœurs et trente-quatre neveux et nièces; aucun d'eux n'a de difformité.

L'annulaire et le médius de la main droite sont unis par une palmure complète : c'est la seule anomalie qui accompagne sa double ectropodie.

Le bassin, la cuisse, la jambe, le protarse et le médiotarse paraissent normaux des deux côtés; la difformité porte sur les métatarses et sur les orteils.

Au pied droit, il existe quatre métatarsiens. Le plus interne répond bien en arrière au premier cunéiforme, il s'articule avec le gros orteil; c'est donc le premier. Le plus externe présente bien, à sa partie postérieure, l'apophyse d'insertion du court péronier latéral, c'est donc le cinquième; toutefois son extrémité antérieure se perd au milieu des chairs et ne présente aucune connexion avec le dernier orteil.

La branche externe de ce pied fourchu présente, en dedans de ce cinquième métatarsien, un quatrième, dont on sent, par la palpation, 'articulation sur le cuboïde. Sur la tête de celui-ci s'articule le der-

nier orteil dont la première phalange est en état de subluxation et se dirige en dehors. La phalange moyenne, longue de 10 à 12 millimètres est difficile à explorer à cause de l'épaisseur des pelotons graisseux de cette région. La phalange unguéale est elle-même repliée et se dirige d'avant en arrière de façon que le quatrième métatarsien et les trois phalanges forment ensemble une sorte d'U. Dans la concavité de celui-ci, on trouve par la palpation un très petit fragment osseux que l'on peut faire mouvoir assez aisément et qui répond peut-être au dernier orteil.

Le gros orteil est bien conformé et s'articule avec le premier métatarsien normal. Parallèlement à celui-ci, se trouve un second métatarsien un peu aminci et allongé de façon à se terminer en avant sur le côté et un peu au-dessus de la phalange; là se forme une saillie symétrique de celle que donne l'os sésamoïde interne et dorsal de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

Au fond du sillon, entre le second et le quatrième métatarsien, on ne trouve aucun vestige du troisième, on reconnaît même par la palpation la facette articulaire du troisième cunéiforme.

L'ongle du gros orteil n'a rien de particulier; celui du dernier se trouve tout à fait en dehors, il est absolument en arrière, perdu au milieu d'un durillon.

Les parties molles ont une consistance ferme et normale du côté interne, elles sont flasques et semblent surtout graisseuses du côté externe; il est manifeste que le pied repose principalement sur le talon et sur la masse interne, tandis que la région externe paraît incapable de supporter une véritable pression.

Des durillons se trouvent d'une part en arrière du talon, et d'autre part sous la tête du premier métatarsien. Un épaississement mal circonscrit de l'épiderme s'étend au-dessous du bord interne de la phalange unguéale du gros orteil, un autre plus petit correspond à partie antérieure du bord externe du dernier orteil ; c'est le plus pénible.

Le pied gauche est plus ferme et encore un peu plus plat que le droit, les masses charnues sont nettement et vigoureusement musculaires sur toute la branche interne. Les deux premiers métatarsiens s'articulent avec le gros orteil, mais le premier répond seul à l'axe du doigt, le second se termine au bord externe de la phalange.

Au fond du sillon, entre le deuxième et le quatrième métatarsien, on trouve, comme de l'autre côté, la facette du troisième cunéiforme, sans aucun vestige du troisième métatarsien correspondant.

La branche externe est formée des quatrième et cinquième métatarsiens; tous deux s'articulent avec la phalange postérieure qui est très volumineuse et longue de 25 millimètres. Deux phalanges moyennes s'articulent avec la précédente; l'une externe, épaisse et courte, se dirige en dehors et ne porte aucun ongle; l'autre interne, longue de 18 à 20 millimètres est un peu plus mince, se termine à une phalange unguéale très minime; celle-ci supporte un ongle bien conformé.

Les durillons sont exactement comme à l'autre pied, le plus étendu est celui de la phalange unguéale du gros orteil ; il se prolonge jusqu'au-dessous de la tête de la phalange métatarsienne. Celui du dernier orteil ne gêne aucunement le sujet.

Dans la marche, Benoit K... pose d'emblée le talon sur le sol, il pose ensuite la partie antérieure du pied avec précaution et comme en hésitant. Cette région antérieure s'étale largement à droite, mais beaucoup moins à gauche, Les orteils se rapprochent aisément au pied gauche. Il peut serrer avec une véritable énergie un bâton et même un crayon. Du côté droit, les orteils restent toujours distants de 2 centimètres au minimum. En marchant, il présente l'allure d'un homme dont l'avant-pied est rendu sensible par des engelures ou par quelque autre cause. Il use le talon de sa chaussure du côté externe ; c'est au contraire la partie interne que son cordonnier renforce habituellement du côté de la pointe du pied.

A l'âge de 13 ans, il a commencé à exercer la profession de scieur de long, pour être placé au-dessous de l'arbre à scier. Jusqu'à l'âge de 20 ans, il a continué sans aucune difficulté ; il est alors devenu tantôt porte-faix, tantôt charretier ; dans l'un et l'autre cas, la profession passablement pénible a pu être exercée sans fatigue ; jamais il n'a interrompu son travail.

Si rare qu'elle paraisse, l'anomalie de la main dont la première observation de M. Guermonprez offre un exemple, est connue par un certain nombre de faits publiés, parmi lesquels je mentionnerai celui de Morel-Lavallée, présenté à la Société de chirurgie dans la séance du 10 juillet 1861 ; ceux que, dans la discussion qui suivit, citèrent Houel (cas de Ménière) et Giraldès (observation personnelle et cas d'Ammon) ; les faits de Cruveilhier (cité par Bérard, dans le *Dictionnaire en XXX volumes*, art. MAIN) Geoffroy Saint-Hilaire père, Launay (*Bulletin de la Société anatomique*, 1859) et de M. Guéniot (communiqué à M. le Dr Fort, *Thèse d'agrégation*, 1869). On pourrait en ajouter quelques autres.

Le pied fourchu paraît avoir été moins observé, peut-être parce que ceux qui sont atteints d'une semblable difformité peuvent la dissimuler plus aisément. Il m'a été donné cependant de voir une fois cette malformation coexistant par une coïncidence intéressante à noter, avec une double pince de homard des plus caractérisées, de telle sorte que les deux anomalies ci-dessus décrites étaient réunies sur le même sujet. Toutefois la difformité en fourche était limitée au pied droit, et le pied gauche ne présentait qu'une insuffisance numérique des orteils qui étaient au nombre de quatre. J'avais recueilli avec le plus grand soin l'observation de ce malade et j'espérais vous offrir la primeur d'un fait inédit, mais les pre-

mières recherches que je fis m'amenèrent à reconnaître que le sujet de mon observation n'était autre que celui que Morel-Lavallée avait présenté à la Société. Je renverrai donc nos lecteurs au procès-verbal de cette séance pour la description de ce cas de tératologie; je profite néanmoins de l'occasion pour vous montrer le moulage très artistement exécuté par M. Tramond[1], des mains et des pieds de cet individu, saltimbanque dès son enfance, et à qui la singulière conformation de son pied qui rappelle le pied des faunes, a probablement donné l'idée de l'étrange gagne-pain auquel il a recours : il joue d'un instrument fort analogue à la flûte de Pan des anciens. J'ai également à rectifier quelques inexactitudes qui se trouvent dans l'observation que Morel-Lavallée a insérée dans nos *Bulletins*.

Tandis que, du côté droit, les deux doigts qui constituent la pince, sont manifestement le pouce et l'auriculaire, du côté gauche, le doigt cubital rappelle par sa longueur et sa forme l'index. Je ne sais pour quelle raison Morel-Lavallée en fait l'annulaire; ce que l'on peut affirmer, c'est que ce n'est certainement pas le cinquième doigt. Cet auteur a également passé sous silence une ankylose presque complète de la première avec la seconde phalange que l'on observe au pouce droit, le fait a quelque importance; on trouve en effet assez souvent l'ankylose des articulations phalangiennes sur les doigts atteints d'anomalies diverses; je vais, dans un instant, vous en montrer un autre exemple.

Le description du pied droit, telle que l'a donnée Morel-Lavallée est absolument inexacte. Ce pied qui est bifide se compose de deux branches, l'une interne, l'autre externe qui, suivant cet auteur, ne renfermeraient chacune qu'un très volumineux métatarsien. Comme chez le sujet de l'observation de M. Guermonprez, j'ai pu constater au contraire de la façon la plus certaine, que la branche interne de la fourche se composait de deux métatarsiens mobiles l'un sur l'autre et absolument indépendants, réunis seulement par la peau qui les enveloppe; que la branche externe renfermait aussi deux et peut-être trois métatarsiens très mobiles.

L'orteil qui surmonte la branche interne (gros orteil) est unique, mais il offre une tendance à la bifidité caractérisée par un sillon longitudinal sur sa face dorsale et par l'existence de deux ongles identiques comme dimensions et comme aspect, juxtaposés exactement et caractéristiques du premier orteil, l'un et l'autre; fait qui a échappé à Morel-Lavallée.

[1] Ces moulages vont être déposés au musée Dupuytren.

Les orteils qui surmontent la branche externe de la fourche sont au nombre de deux, en syndactylie cutanée, très mobiles l'un sur l'autre, présentant chacun trois phalanges, deux articulations intermédiaires et des ongles distincts. Morel Lavallée les avait considérés comme soudés par leur squelette.

Enfin, comme chez le sujet de l'observation II de M. Guermonprez, dans les contractions des fléchisseurs des orteils, une opposition des plus manifestes se fait entre les branches interne et externe de la fourche qui se transforme alors en une véritable pince.

Puisqu'il s'agit d'anomalie des doigts, je rapporterai ici deux autres faits que j'ai observés cette année, de malformations complexes de la main et des doigts. Le premier est un exemple d'anomalie par excès et par fusion tout à la fois ; le second est une anomalie par défaut, liée à un vice de développement plus curieux et plus rare du membre supérieur, à une absence complète du radius.

Polydactylie. Doigts surnuméraires avec syndactylie par palmure cutanée, déformation et rétraction des doigts.

J..., pensionnaire à Bicêtre, salle Crozatier, est actuellement âgé de 74 ans. Il présente une double ectrodactylie, portant sur les deux mains, mais elle n'est pas symétrique ; il est d'ailleurs bien conformé. Voici la description des difformités qu'il présente :

Main droite. — L'éminence thénar ainsi que le pouce droit ont leur disposition et leur aspect normaux ; l'index droit ne présente d'autre malformation qu'une palmure assez lâche qui le réunit au médius jusqu'au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange.

Le médius supporte un doigt supplémentaire muni d'un squelette distinct ; ce doigt supplémentaire est articulé sur la face interne du médius : il se compose de trois phalanges séparées par des articulations mobiles, mais ces phalanges sont très courtes et le doigt ne présente pas de mouvements indépendants de ceux du médius.

Le quatrième et le cinquième doigt pourraient être pris tout d'abord pour un seul doigt bifide, mais à un examen plus attentif ils présentent chacun leur squelette complet et absolument indépendant ; ils sont seulement enveloppés dans une gaîne tégumentaire commune jusqu'à l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange, de telle sorte que leurs troisièmes phalanges seules sont libres.

La peau de la face palmaire de la main est comme rétractée et elle ne permet pas l'extension complète des doigts. Le sens tactile est normal.

Main gauche. — La main gauche ne présente rien de particulier à noter jusqu'à l'annulaire. Celui-ci possède un doigt supplémentaire très petit, composé de trois phalanges rudimentaires elles-mêmes, séparées par deux articulations à peine mobiles. Ce doigt supplémentaire va s'articuler avec la tête du quatrième métacarpien, en dedans de l'articulation de cet os avec le quatrième doigt; l'articulation du doigt supplémentaire est mobile en tous sens. Une palmure le rattache à l'annulaire jusqu'au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange. Ce doigt ne présente pas de mouvements propres.

Le cinquième doigt, petit et grêle, est articulé avec la face interne de l'extrémité inférieure du cinquième métacarpien et non avec l'extrémité même de ce métacarpien. Ce doigt est recourbé en crochet vers la face palmaire de la main et il présente une ankylose complète des trois phalanges qui le composent. Il jouit de quelques mouvements de flexion sur la face palmaire de la main.

Commémoratifs. — La mère de ce sujet, étant enceinte de lui, aurait été vivement émue par la vue d'une personne dont la main venait d'être horriblement brûlée.

J... est journalier; il s'est toujours servi de ses mains avec habileté pour exercer divers métiers à la vérité peu difficiles, entre autres celui de sabotier.

Les *moulages* que je présente, appartiennent à M. le Dr Joffroy, médecin de Bicêtre.

Ce fait d'hexadactylie double offre ceci de curieux que les doigts supplémentaires sont en quelque sorte hors rang, accolés à un doigt voisin, rudimentaires, dépourvus de mouvements propres, et qu'ils pourraient être considérés comme des doigts parasitaires en quelque sorte, implantés sur le médius droit et sur l'annulaire gauche; mais en outre l'anomalie des deux mains se traduit par des palmures cutanées diverses réunissant quelques-uns de leurs doigts; par un état de rétraction particulière de la peau de la paume des deux mains qui ne permet pas l'extension des doigts *et qui est bien congénitale;* et par une déformation en crochet du petit doigt gauche dont les articulations sont ankylosées. On croirait voir, au premier abord, des mains déformées par la rétraction cicatricielle consécutive à une brûlure. Je vous ai dit que, pendant sa grossesse, la mère de ce sujet avait été boulversée par la vue d'un de ses parents dont la main avait été horriblement brûlée.

Je me permettrai de ne pas partager le scepticisme railleur avec lequel la Société accueillit Morel-Lavallée, lorsque à propos du sujet dont je vous présente le moulage, il émit l'opinion que l'imagination de la mère, vivement frappée, avait pu avoir quelque influence sur la production de cette malformation. Cette femme, au début de

sa grossesse, avait été vivement effrayée par la vue d'une écrevisse (elle n'en avait jamais vu auparavant) avec laquelle son mari la poursuivait en cherchant à la lui poser sur la main. Si des adhérences amniotiques, une lésion traumatique de l'embryon, ou d'autres causes en quelque sorte mécaniques, peuvent faire dévier le développement de certaines parties du produit de la conception, il ne me semble nullement prouvé que des excitations nerveuses violentes ne soient capables de produire des effets analogues par une sorte d'influence trophique. Je me garderai de rien avancer sur ce point, mais je crois qu'il ne faut point à la légère nier certaines relations parce qu'on ne peut saisir leur mécanisme, alors que des commémoratifs authentiques les rappellent à notre attention et semblent en avoir imposé la réalité à l'opinion publique.

Voici, en dernier lieu, la relation sommaire du cas d'ectrodactylie liée à une absence complète du radius que j'ai observé cette année.

Absence congénitale du radius gauche, avec développement rudimentaire du pouce et absence du premier métacarpien et de l'éminence thénar.

J. M..., habitant 50, rue du Télégraphe, à Belleville, s'est présenté le 25 juillet, au Bureau central, pour obtenir un bandage (hernie scrotale droite, inguino-pubienne gauche, n° 9806 de mes relevés). Il est âgé de 27 ans et exerce le métier de charretier.

Il présente un cas rare et curieux d'hémi-mélie accompagnée d'ectrodactylie portant sur le membre supérieur gauche. Tandis que le membre supérieur droit est normal, l'humérus gauche est très court et le bras très grêle; et pourtant le coude est mobile et bien formé. L'avant bras gauche ne présente qu'un cubitus long de 15 centimètres sans aucun vestige du radius, le cubitus s'amincit en bas et son apophyse styloïde fait une saillie considérable en soulevant la peau du poignet : la main, en effet, n'occupe pas l'extrémité inférieure de l'avant-bras; elle est déjetée en totalité sur son bord externe qui est sensiblement raccourci; cette circonstance donne à l'avant-bras l'apparence d'une incurvation qui n'existe pas en réalité.

La main, vue par sa surface palmaire, se compose d'une éminence hypothénar et d'une paume normale, mais dépourvue absolument d'éminence thénar. Elle supporte quatre doigts (ce sont les quatre derniers doigts) qui sont complets, assez bien formés et qui présentent à peu près leur aspect normal. Le pouce existe aussi, et il se compose de deux phalanges; mais le premier métacarpien fait absolument défaut ; privé de squelette et comme étranglé à son insertion supérieure, le pouce jouit d'une mobilité très grande, il est flottant, mais il ne possède aucun mouvement propre : on ne retrouve aucune trace de muscles de l'avant-bras qui lui soient destinés.

Il existe en même temps une asymétrie très notable de la face dont le côté gauche est très manifestement atrophié : tout le corps incline un peu vers la gauche et la colonne vertébrale présente une inflexion marquée dans cette direction. L'oreille gauche est enroulée en cornet.

L'absence congénitale totale ou partielle du radius s'accompagne, on le sait, presque toujours d'un arrêt de développement du côté radial de la main et d'une absence complète du pouce. On peut consulter à cet égard deux intéressants mémoires publiés par Gruber dans les *Archives de Virchow* (1865, t. XL, et 1865, t. XXXII). L'observation précédente montre pourtant que le pouce peut ne pas faire complètement défaut ; qu'il peut, même en l'absence de son métacarpien, être représenté par un doigt pourvu de phalanges distinctes, appendu au reste de la main par un pédicule étroit. Otto a rapporté et figuré deux faits de ce genre dans son livre d'*anatomie pathologique* (*Lehrb. d. Path. anat. d. Menschen und d. Thiere*, Berlin, 1880, n° 239 et 240 ; Pl. XVII, *fig.* 3).

Pour revenir à la première observation, qui fait l'objet de ce rapport, M. Guermonprez l'a fait suivre d'une réflexion que je ne puis laisser sans critique. Remarquant que le métacarpien rudimentaire interposé entre les branches de la pince constituée par le pouce et l'auriculaire en gênait le rapprochement, il en conclut que « lorsque pour un motif quelconque il est indiqué de supprimer « les trois doigts médians pour faire de la main une pince de homard (en cas de mutilation probablement), il convient de diminuer jusqu'au carpe l'espace qui doit séparer les deux doigts conservés ; qu'à ce titre l'amputation dans la continuité des métacarpiens n'est pas une opération de choix, la désarticulation devant « lui être préférée. »

Je doute que vous puissiez accepter cette proposition. La désarticulation des trois métacarpiens engagés, outre qu'elle expose aux complications suppuratives du côté des articulations du carpe, laisse les métacarpiens extrêmes dépourvus de soutien, et si cette situation nouvelle n'a pas d'inconvénients pour le premier de ces os qui d'ailleurs jouit d'une mobilité suffisante pour que l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien ne puisse pas gêner beaucoup ses mouvements, il n'en serait pas de même pour la cinquième qui, manquant de tout support en dehors, serait exposé à subir dans ce sens un déplacement dont les inconvénients excéderaient peut-être les avantages résultant de sa plus grande mobilité. Je ne pense pas d'ailleurs que l'assimilation de difformités congénitales à celles qui résultent d'une opération puisse être assez exacte pour mettre de côté les règles de la chirurgie conservatrice à laquelle nous restons

tous fermement attachés dans le traitement chirurgical des lésions traumatiques de la main.

Discussion.

M. Guéniot. Il est bien certain qu'il n'est pas bon pour une femme enceinte d'avoir des frayeurs ou de subir des secousses au début de la grossesse, les altérations de l'œuf sont probablement connexes de ces accidents et engendrent des difformités. Mais, de là à dire qu'une impression déterminée donne une difformité déterminée, c'est une autre question. Je ne connais qu'un exemple d'une frayeur ayant déterminé une difformité prévue.

Une femme, au cours de sa grossesse, effrayée par un singe, accoucha d'un anencéphale. Je donne cet exemple pour ce qu'il vaut. Quant aux *nævi*, ils sont hors de toutes relations avec les accidents et avec les frayeurs déterminées, avec les envies, malgré les idées populaires.

M. Championnière. — A propos de l'influence de la frayeur ou des traumatismes de la mère sur la production des difformités, je désire faire remarquer que dans la plupart des cas où on les cite même dans les écrits scientifiques, ces accidents ne sont survenus qu'à une époque ou depuis longtemps la difformité était constituée. En effet, ce n'est que lorsque la grossesse est bien avérée, après deux ou trois mois écoulés, et souvent beaucoup plus tard qu'on les signale, il y en a à sept et huit mois. Quelle influence ces accidents peuvent-ils avoir sur la constitution de la difformité.

C'est de la deuxième à la sixième semaine que les perturbations dans l'évolution de l'œuf doivent avoir lieu pour provoquer la formation des difformités, dans le cas actuellement cité, comme dans l'immense majorité des autres, s'il y a perturbation elle a été de beaucoup antérieure à l'époque où on croit l'avoir observée.

M. Trélat. J'appuie ces observations et je fais remarquer que, dans le fait cité au rapport, la frayeur était relaté par l'homme porteur de la difformité et pas par sa mère elle-même.

J'ai dans mon dossier quelques observations personnelles de brièveté de l'humérus. Je suis d'avis que ces difformités sont beaucoup plus communes que ne le pense M. Berger.

M. Lannelongue qui a très longuement étudié la question en a de nombreux dessins et observations.

M. Berger. Dans le travail très complet de Gruber il y a douze

observations seulement, je crois donc que ces faits sont peu communs. J'ajouterai qu'à la sixième semaine, d'après les traités de physiologie, les rudiments de la main commencent seulement à se développer, par conséquent, au moins jusqu'à six semaines, l'action des événements qui troublent la grossesse pourrait se faire encore.

M. Pozzi. M. Huguier dans un mémoire qui n'a pas été cité, a fait le premier une description de cette malformation du pouce lié à celle du radius.

Rapport.

M. Berger présente un rapport verbal, sur une communication de M. le Dr Guermonprez (de Lille), intitulé : *Sur un moyen de diagnostic de la névrite traumatique ancienne.*

M. le Dr Guermonprez, dans cette communication, attire votre attention sur l'emploi des courants induits et sur les contractions musculaires brusques et localisées qu'ils déterminent, pour déceler l'existence de la névrite traumatique. Il a voulu vous présenter un malade, atteint d'une contusion ancienne de la cuisse, et chez lequel il pensait que la complication de névrite traumatique pouvait être mise hors de doute par l'application du courant électrique. Quelle que soit la valeur de ce mode de diagnostic que le présentateur lui-même ne vous a pas recommandé sans faire quelques réserves, je ne puis que donner acte à M. le Dr Guermonprez de sa communication; les conditions dans lesquelles l'expérience a dû être répétée devant vous sur le malade en question étaient trop défectueuses, pour que nous ayons pu constater d'une manière incontestable l'efficacité du moyen qui vous était proposé.

Communications.

Ligatures dans la continuité des artères par le catgut, par M. Cras (de Brest), membre correspondant.

On n'ignore pas que l'emploi du catgut pour ce cas particulier a été discuté et battu en brèche en Amérique [1] et en Angleterre.

[1] Voy. Mémoire de Lewis Stimson (*American journal of the medical sciences*, janv. 1881).

Dans une réunion de la Société royale médicale et chirurgicale de Londres, présidée par Erichsen (*The Lancet*, février 1881, p. 251) des communications faites par MM. Trèves et M'Carthy, semblaient conduire à cette conclusion que la ligature au catgut placée sur la continuité d'un vaisseau, pour la cure des anévrismes par exemple, exposait au retour de la perméabilité du vaisseau par résorption trop rapide du lien, et qu'en définitive on était plus sûr d'arriver au but, en ne poursuivant pas la réunion par première intention ; un certain degré d'irritation étant indispensable pour favoriser l'oblitération du vaisseau.

Lister pour répondre aux reproches adressés à son premier catgut, en a modifié le mode de préparation [1], en additionnant la solution phéniquée d'une petite quantité d'acide chromique.

Les premiers résultats ne furent pas très encourageants, le catgut était *over-prepared* (sur-préparé), et se trouvait éliminé après un temps parfois très long, comme un corps étranger.

J'ai eu occasion de pratiquer dans ces dernières années un certain nombre de ligatures dans la continuité des vaisseaux : plusieurs radiales et cubitales, l'humérale, la carotide primitive, la sous-clavière, l'iliaque externe. Le succès a été obtenu dans tous les cas.

Je détache de ces observations celles qui ont trait à la carotide primitive, l'iliaque externe et à la sous-clavière. Elles ne témoignent pas seulement en faveur du catgut, mais elles m'ont paru aussi présenter un intérêt clinique réel, ce qui m'a déterminé à les présenter à la Société de chirurgie.

OBSERV. — *Ligature de la carotide primitive droite pratiquée à la suite d'hémorragies secondaires consécutives à un coup de corne de vache reçu dans la région des carotides secondaires.*

Leber, âgé de 55 ans est cultivateur à Commana (Finistère). Le brave homme s'était accroupi dans l'écurie des vaches pour caresser un petit veau qui venait de naître. La vache « par jalousie » l'enlève d'un coup de corne qui l'atteint en arrière de l'angle de la mâchoire inférieure (côté droit) et le dresse debout. Le sang ruisselle par la plaie et finit par s'arrêter par la pression des linges. Le Dr Leconte, de Landivisiau, appelé en toute hâte, explore la blessure, constate que la corne a traversé l'amygdale : les carotides battent au fond de la plaie, la faciale est divisée. Il fait la ligature du bout central et embrasse le bout périphérique dans une ligature médiate (7 sep-

[1] Lister a consigné le résultat de ces nouvelles expériences dans une conférence remarquable faite à la Clinical society de Londres. (Voy. *The Lancet*, 5 février 1881.)

tembre 1883). Dans la crainte d'hémorragies secondaires, Leber se rendit à Landivisiau où il séjourna dix jours, sous la surveillance de notre confrère.

Le 7 *octobre* 1883, au moment où la réparation de la plaie paraissait en bonne voie, il se déclara soudainement une hémorragie abondante. Le sang sortait par l'amygdale. Cette première hémorragie s'arrêta spontanément avant l'arrivée du Dr Leconte qui recommanda le tamponnement de la bouche avec des boulettes de charpie imbibées d'une solution de perchlorure de fer dans le cas où l'accident se produirait de nouveau. Dans l'après-midi une nouvelle hémorragie survint qui fut arrêtée par ce moyen. Sur les conseils de son médecin qui l'accompagna jusqu'à Brest, Leber vint se confier à mes soins.

8 *octobre* 1883. — Il n'y a pas eu d'hémorragie depuis la veille Il existe à la région sus-hyoïdienne latérale droite une plaie granuleuse ayant la direction du tracé de l'incision recommandée pour la ligature de la carotide externe. Toute la région est tuméfiée, indurée; la tête est légèrement fléchie en avant par suite de la rétraction du sterno-mastoïdien. L'induration inflammatoire s'étend sur toute la région carotidienne, le plancher de la bouche à droite est tuméfié, les dents sont noircies par le perchlorure de fer qui a ratatiné les gencives et la muqueuse.

En arrière du pilier antérieur, dans la fosse amygdalienne existe une ouverture par laquelle la pression fait sortir du pus rosé.

Dans la nuit du 9 au 10 octobre, l'aubergiste qui avait recueilli Leber, vint me chercher en toute hâte. Vers onze heures du soir, l'hémorragie s'était reproduite. Je trouvai le blessé, assis sur son lit dont les draps étaient couverts de larges taches de sang, la face pâle, la bouche pleine d'un magma de charpie et de sang noirci par le perchlorure. Dès le début de l'hémorragie il avait saisi sa fiole de perchlorure dont il avait rapidement imprégné l'amas de charpie avec lequel il bourra la cavité buccale, et qu'il maintint par la pression des maxillaires, jusqu'à mon arrivée. Du doigt, il m'indiqua le vase de nuit qui contenait plus d'un litre de sang. Il en avait avalé beaucoup.

Je me trouvai au milieu de la nuit, sans aides autres que l'aubergiste et sa femme, en face d'un pauvre diable dont la respiration était singulièrement gênée par cet horrible tamponnement. J'explorai attentivement la région carotidienne. L'induration ne me permettait pas d'atteindre la carotide primitive par la pression des doigts. Il ne pouvait être question de la ligature de la carotide externe qui me paraissait hors de cause. La rapidité avec laquelle le sang avait rempli le vase de nuit me fit conclure à une érosion de la carotide interne que la corne avait effleurée. La plaie extérieure n'avait fourni aucun écoulement sanguin.

Je me décidai pour la ligature de la carotide primitive, séance tenante, ou du moins à pratiquer une incision méthodique assez profonde pour permettre de comprimer facilement le tronc de l'artère.

Le blessé, malgré les pertes de sang, était un petit Breton résolu. Je débarrassai la bouche d'une partie du tampon qui la remplissait.

Éclairé par l'hôtelier, sa femme et un voisin, je pratiquai l'incision de la peau qui commençait au niveau de l'angle inférieur de la plaie.

Malgré l'induration inflammatoire des parties, j'arrivai assez facilement à décoller le sterno-mastoïdien, et en procédant avec la plus grande circonspection je parvins à sentir avec l'index, les battements de la carotide primitive. Elle était à une profondeur terrible ; la grosse veine jugulaire interne s'aplatissait sous mon doigt pendant l'inspiration, et se gonflait démesurément à l'expiration. L'écartement des parties molles était rendu fort difficile par l'inflammation chronique. Je n'osais pas débrider. J'avais la carotide sous mes yeux à certains moments ; elle était complètement séparée de la jugulaire et *je m'acharnai* à vouloir la charger malgré l'insuffisance des aides qui m'entouraient. En définitive, je dus renoncer à accomplir ce dernier temps dans la crainte de saisir le pneumogastrique ou de blesser la jugulaire interne. Je remplis la plaie d'un tampon d'ouate phéniquée et me retirai après avoir indiqué à l'hôtelier la manière d'exercer une compression directe sur l'artère en cas de nouvelle hémorragie.

Je ne surprendrai personne en disant que je ne dormis pas d'un sommeil paisible jusqu'au jour. Le lendemain matin, Leber fut admis d'urgence à la salle de clinique chirurgicale de l'hôpital de Brest et je pus, à l'aise, passer autour de l'artère un fil de catgut n° 3, non sans avoir débridé le sterno-mastoïdien induré et sectionné l'omoplat-hyoïdien à son insertion supérieure, ce qui dégagea le champ opératoire. Je crois devoir signaler un détail intéressant, au point de vue opératoire. La gaîne carotidienne était considérablement épaissie, formant un fourreau dense autour du vaisseau ; elle résistait à l'action des pinces et dut être incisée sur la sonde cannelée.

La striction du fil ne provoqua aucun vertige, aucune modification des pupilles, la temporale droite cessa immédiatement de battre. Je me contentai d'appliquer deux points de suture à l'angle supérieur ; les bourgeons charnus de la première plaie furent grattés avec la curette tranchante, et la surface badigeonnée avec le chlorure de zinc au 1/10e. Un drain fut placé à l'angle inférieur et pour ne pas être obligé de le déplacer j'introduisis dans la cavité un drain plus petit qui permit de le désobstruer facilement. Pansement phéniqué.

10 *octobre*. — Bonne journée. Le malade se plaint d'éprouver une salivation abondante.

T. 37,4. P. 92.

11 *octobre*. — Nuit bonne. Toux fréquente causée par un catarrhe chronique. Aucun trouble cérébral. État satisfaisant de la plaie.

Glace pour boisson. Lait contenant des œufs et de la purée de viande comme aliments.

Sero. — La persistance de la toux oblige de suspendre la glace.

13 *octobre*. — Le pansement est renouvelé. Pas d'inflamation des bords de la plaie. Pendant la journée le blessé accusa des troubles cérébraux sans fièvre que je caractériserai du nom de « fourmillement cérébral », ce délire fut de peu de durée. La température resta nor-

male jusqu'à la fin; l'augmentation de poids était de 250 grammes par jour.

Le blessé sortait de l'hôpital un mois après l'opération. Un petit trajet fistuleux persistait à l'angle inférieur; il s'oblitéra au bout de quelques jours. Le catgut que j'avais employé provenait de la maison Bradley, de Londres; il m'avait été fourni par M. Collin. Du catgut de même provenance n° 0 placé sur la carotide primitive d'un lapin était encore intact au bout de douze jours. J'ai donc le droit de penser qu'il s'agissait de catgut *over-prepared*, suivant l'expression de Lister.

J'ai revu Leber il y a quelque temps, sa santé est parfaite.

Anévrisme inguinal volumineux. — Ligature de l'iliaque externe. — Guérison.

Dans les premiers jours du mois d'août 1883, je fus appelé en consultation auprès de Mme X... (54 ans). Six ans auparavant, elle s'était fracturée la cuisse au tiers supérieur. La guérison avait été obtenue au prix d'une déviation angulaire donnant un raccourcissement de 5 à 7 centimètres. Il y a dix-huit mois, elle fit un faux-pas pendant lequel elle sentit un craquement douloureux dans la cuisse malade. A partir de ce moment, les douleurs vives se firent sentir dans tout le membre inférieur, causant l'insomnie. Elle continua à se lever, attribuant ces douleurs à une sciatique.

Quelque temps après cet accident, M. le Dr de Léséleuc sentit des battements énergiques au niveau de l'arcade, la tuméfaction devint de plus en plus manifeste à la racine du membre, et lorsque je la vis pour la première fois, je constatai l'existence d'une tumeur volumineuse rendue plus saillante par la déviation du membre fracturé. Cette tumeur proéminait vers le ventre, masquant le pli de l'aîne.

Au premier aspect, elle rappelait certains ostéo-sarcomes de l'extrémité supérieure du fémur. En appliquant la main sur la tumeur, je constatai un mouvement d'expansion en masse à chaque systole, depuis la région interne jusque vers le grand trochanter.

Le stéthoscope appliqué sur toute l'étendue des régions internes antérieures et externes sur une hauteur de 12 à 15 centimètres, permettait de percevoir un bruit de souffle rude à chaque battement du cœur, sensation de thrill au niveau et un peu au-dessous de l'arcade. Il était impossible de circonscrire nettement les contours de la tumeur, sauf au niveau de l'arcade, au-dessus de laquelle un lobule surplombait. L'artère iliaque externe se comprimait assez bien au-dessus de la branche horizontale, et, bien que l'artère parût augmentée de volume, l'anévrisme ne semblait pas dépasser l'arcade. La pédieuse battait énergiquement de ce côté. Impossible

de déterminer aux dépens de quel tronc vasculaire s'était produit l'anévrisme. J'ai pensé à la circonflexe interne.

Quel parti prendre ?

J'avais eu, il y a quelques années, à traiter un anévrisme inguinal d'un volume moindre. L'observation a été communiquée à la Société de chirurgie par M. Gallerand. J'avais dirigé la compression digitale avec beaucoup de soin. Il fallut y renoncer. Dans le cas actuel, je me décidai d'emblée à pratiquer la ligature de l'iliaque externe.

La tumeur était d'une grande sensibilité en divers points, bien qu'il n'y eût pas de rougeur. La compression suspendait complètement les battements. La famille fut prévenue. A cause de l'impressionnabilité excessive de la malade, on se borna à lui dire qu'elle devait subir une exploration suivie de manipulations qui exigerait peut-être l'emploi du chloroforme.

16 *août* 1883. — Avec MM. les Drs de Léséleuc, Lossouarn, Roussel, Guyot et Mahéo, je pratiquai la ligature de l'iliaque externe.

L'opération fut de la plus grande simplicité. Grande incision cutanée parallèle à l'arcade; débridement en T de l'aponévrose du grand oblique, etc.

Dégagement de l'artère par la partie interne de l'incision. La cuisse gauche débordait le lit en extension forcée, un coussin soulevait le côté gauche du bassin. Le vaisseau, bien en vue, avait le volume de mon annulaire gauche ; le fil de catgut n° 3 fut serré à bonne hauteur au-dessus des collatérales. La plaie fut réunie, sauf en un point, au milieu de l'incision où fut placé un drain. La réunion, par première intention, se fit sans encombre ; mais le trajet du drain, au bout de quelques jours, devint grisâtre. Il fut enlevé. De la poudre de camphre fut projetée dans le trajet, et la guérison était complète en moins d'un mois.

La tumeur, qui mesurait 0,60 de circonférence au moment de l'opération, se réduisit peu à peu à 0,46 de tour. On put apprécier l'irrégularité du cal et la cause du raccourcissement : le fragment supérieur, projeté horizontalement en dedans, passait directement sous la fémorale.

La circulation collatérale s'est rétablie assez rapidement, bien que les battements de la pédieuse soient encore à peine perceptibles. J'ai vu la malade, il y a deux mois, la circonflexe iliaque a pris un volume énorme, et, bien que la tumeur primitive n'ait pas reparu, j'ai mesuré 0,47 de tour. J'ai constaté aussi, à la partie interne, un mouvement d'expansion qui me paraît causé par le soulèvement de la fémorale par le cal.

La ligature a fait disparaître les douleurs intolérables du membre, et, bien que la santé générale soit un peu en souffrance par

suite d'un catarrhe chronique des bronches, le résultat de la ligature a été excellent. Tout battement a cessé dans l'étendue de trois travers de doigt au niveau de la striction du fil.

De la rupture de l'axillaire dans la luxation de l'épaule, par M. Cras, de Brest.

Je me propose d'étudier une complication grave des luxations de l'épaule : la rupture de l'artère axillaire se traduisant d'emblée ou consécutivement par le développement d'un anévrisme diffus *en communication avec l'artère.* Si, trop souvent, des efforts inconsidérés de réduction ont provoqué la déchirure artérielle, il est certain qu'elle peut se manifester avant toute tentative, au moment de l'accident, ou après des manœuvres très simples qui ne sauraient engager la responsabilité du chirurgien. De toutes façons, il s'agit d'une lésion extrêmement sérieuse dont les conséquences ont été funestes, sauf pour les cas de Warren, d'Adams-O'Reilly, de Létiévant (voy. plus loin) et celui qui m'a conduit à publier ce travail.

Obs. XXXV. — *Observation d'anévrisme diffus dans l'épaule et l'aisselle survenu quelques jours après la réduction d'une luxation sous-coracoïdienne récente. — Ligature de la sous-clavière sur la première côte. — Guérison.*

L..., 45 ans, sous-officier vétéran de la marine, tombe d'une hauteur de 2 mètres sur le rebord d'une embarcation et se luxe l'épaule droite dans uu mouvement d'extension exagérée en haut et en arrière (24 juin 1881).

A l'hôpital de la marine où il fut transporté dans la soirée, M. Guyot, médecin de 1re classe résident, obtint facilement la réduction par des tractions modérées exercées par un seul aide, dans la direction de l'axe glénoïdien, avec abaissement rapide du bras, les mains du chirurgien pressant sur la tête. En ce moment, se produisit un état demi-syncopal de courte durée. Le membre fut contenu dans une écharpe; et, lorsque je le vis, le lendemain matin à la visite, mon attention ne fut attirée par aucun symptôme insolite.

Subitement, le 4 juillet dans la matinée (10 jours après l'accident), L... éprouva une douleur extrêmement vive au creux de l'aisselle avec irradiation vers le coude. La tuméfaction du moignon est manifeste; une large ecchymose s'étend sur toute l'épaule et sur la partie postéro-interne du bras. Sur le trajet des vaisseaux au bras, on sent un cordon dur qui pourrait faire penser au début d'une phlébite. Le membre est inerte; la sensibilité un peu affaiblie : il y a un œdème appréciable des doigts et du poignet. A la palpation dans l'aisselle, on note de l'empâ-

tement; le pouls radial est conservé intact. Le blessé, placé dans un cabinet, est soumis à une surveillance spéciale.

Les douleurs persistent pendant plusieurs jours avec exacerbations violentes que l'on ne peut calmer qu'à l'aide d'injections de morphine. On perçoit une tumeur arrondie qui remplit le creux de l'aisselle et semble collée à l'humérus. Cette tumeur dépressible présente un certain degré d'expansion. Pouls radial toujours intact.

Une mensuration pratiquée le 8 juillet à trois travers de doigt au-dessus et au-dessous du pli du coude, donne les résultats suivants : avant-bras gauche 0,24, droit 0,29, bras gauche 0,25, bras droit 0,32.

La température est prise avec soin dans les deux aisselles. Il y a constamment une différence de quelques dixièmes de degré à l'avantage de l'aisselle malade. Le 10 juillet, la température s'élève, le matin à 38°,3 à gauche, 38°,6 à droite ; le soir 38°4 à gauche, 39° à droite. C'est la plus haute température signalée jusqu'à l'opération, et, à partir de ce moment, le thermomètre reste au-dessous de 38°.

Après quelques jours de répit (du 9 au 16 juillet), les douleurs reparaissent intolérables; la tuméfaction augmente, l'épaule est bombée, l'expansion de la tumeur axillaire n'est plus douteuse. Vers la fin de juillet, les douleurs sont atroces ; plusieurs fois par jour le blessé réclame l'injection morphinée qui le calme pour quelques heures. L'appétit est perdu, l'œdème du membre supérieur est considérable ; tout mouvement volontaire est aboli, l'épaule est fortement remontée. Les signes d'un anévrisme s'accusent de jour en jour. Un bruit de souffle rude se fait entendre sur une large surface. Sensation du thrill. Le mouvement d'expansion se fait sentir à travers le grand pectoral et le deltoïde soulevés par un vaste épanchement sanguin. Les battements de la radiale persistent encore, *mais très affaiblis*. L'intervention chirurgicale devenait urgente. Je me décidai pour la ligature de la sous-clavière après avoir tenté d'instituer la compression indirecte : l'épaule est tellement remontée que le doigt ne peut atteindre la première côte qu'au prix d'une pression extrêmement pénible (voir fig.).

2 *août* 1881. — *Opération*. — Une injection préalable de 0gr,02 de chlorhydrate de morphine est pratiquée, et, dix minutes après, on administre le chloroforme par inhalations espacées.

Un traversin, serré par une bande roulée, avait été placé sous le tronc de façon à mettre l'épaule droite en porte à faux, mais l'abaissement du moignon est bien imparfait. La région sus-claviculaire est en pleine lumière. Toutes les précautions antiseptiques sont prises. Une incision horizontale de 6 à 7 centimètres, parallèle à la clavicule et immédiatement au-dessus d'elle, commence à 3 centimètres en dehors de l'extrémité interne de cet os. Sur le milieu de cette incision vient tomber une petite incision verticale de 2 à 3 centimètres.

La sensibilité est à peu près abolie sans excitation, bien que le blessé ne soit pas indemne d'alcoolisme. Il suffit de quelques inhalations de courte durée pour supprimer toute douleur, tout en lui permettant de répondre aux questions. Pendant les divers temps de l'opération, on signale les faits suivants. La jugulaire externe n'existe pas à sa

place habituelle ; elle est remplacée par un réseau veineux dont la section nécessite l'application de quelques pinces hémostatiques. Le peaucier et l'aponévrose cervicale superficielle sont incisés en T comme la peau, et l'aponévrose moyenne se trouve nettement dégagée au fond d'une plaie étanche. Une petite ouverture est faite en dédolant au-dessous du relief formé par l'homo-hyoïdien; la sonde cannelée, puis l'index élargissent la voie.

La couche ganglionnaire sous-jacente à l'aponévrose moyenne se trouve à nu. On reconnaît en haut, au fond de la plaie, la cervicale transverse superficielle (Marcellin Duval); en bas, proémine la grosse veine sous-clavière pendant les mouvements d'excitation. La position de l'artère est reconnue au doigt à l'aide des repères classiques. La dénudation est pratiquée avec soin à l'aide de deux pinces. L'artère est bien en vue, malgré la profondeur où elle réside. A l'aide d'une sonde cannelée munie d'un cul-de-sac et courbée comme une sonde d'Itard, je serre de près la côte pour dégager la paroi postérieure. L'artère chargée, je confie la sonde cannelée à un aide, et maintiens l'index gauche sur le bec de l'instrument pendant que je glisse dans la cannelure un petit stylet flexible armé d'un fil de catgut n° 3. L'extrémité du stylet est dégagée à l'aide d'une pince et ramenant le fil vers la clavicule ; je m'assure que la striction s'opère loin de toute collatérale.

La tumeur cesse de battre. Ce vaste épanchement devient absolument immobile et silencieux. Toute douleur disparaît en même temps. Quelques fils d'argent rapprochent les lèvres de la plaie; on introduit un drain plongeant. Pansement antiseptique.

La plaie marche sans incidents sérieux vers la cicatrisation, bien que l'on dût renoncer à la réunion par première intention. Dès le huitième jour, le drain, dont le trajet avait pris une teinte grisâtre, fut remplacé par une mèche phéniquée. La gaze employée avait provoqué un érythème du cou, qui obligea à recourir aux compresses trempées de coaltar saponiné. Au bout de trois semaines, un simple gâteau de charpie enduit d'onguent styrax fit tous les frais du pansement. La température s'éleva à 38°,5 le deuxième jour, puis resta constamment normale.

Dès les premiers jours, l'œdème diminue, la tumeur s'affaisse, les contours osseux de l'épaule commencent à se dessiner. La résolution de l'épanchement est rapide en arrière de l'épaule, sous les pectoraux et sous le deltoïde, où l'on trouve à la palpation un amas de caillots denses. Bientôt on aperçoit nettement une tumeur axillaire arrondie, qui fait supposer qu'il s'est produit, soit au moment de l'accident, soit pendant la réduction, une déchirure artérielle qui a déterminé un anévrisme faux consécutif, lequel a éclaté au bout de dix jours, donnant naissance à un énorme anévrisme diffus.

Deux mois après la ligature, toute trace de tumeur a disparu, il n'y a plus d'œdème. L'épaule est amaigrie par atrophie du deltoïde.

La circulation collatérale s'est rétablie sans formation d'escarres. On a noté un jour un amas de phlyctènes à la base de l'index droit.

Dès le 11 *août* 1881 (10e jour de l'opération), le pouls radial peut être vaguement perçu, mais on ne peut le compter qu'au bout de trois semaines environ. Un bon tracé sphygmographique ne peut être obtenu qu'au bout de deux mois. (V. *tracé.*)

Influence sur l'innervation du membre. — Dès la striction du fil, les douleurs ont cessé. Quelques chirurgiens ont attribué la paralysie constatée sur l'opéré de Warren à la ligature simultanée de la sous-clavière et d'un cordon du plexus. Les faits suivants démontrent que l'innervation du membre peut être modifiée profondément par la seule ligature du tronc brachial et des vaso-moteurs qui l'enlacent.

Trois jours avant l'opération, le 30 juillet 1881, je relève sur la feuille de clinique : tous les mouvements volontaires du membre supérieur sont abolis; la sensibilité persiste, affaiblie.

Dès le lendemain de l'opération, la pulpe des doigts est devenue insensible. Le 5 août, la face dorsale des doigts, sensible au pincement la veille, a perdu toute perception tactile.

Le 12 août, la main tout entière est insensible.

Le 24 septembre, la sensibilité est complètement abolie à la main, à l'avant-bras et au bras dans la zone du rameau cutané de l'épaule. La brosse électrique ne provoque pas de sensation.

En même temps que la sensibilité disparaît progressivement de bas en haut, nous voyons les mouvements volontaires, d'abord réduits à quelques soulèvements imperceptibles des doigts (17 août), se manifester par des mouvements d'extension très nets des doigts et du poignet.

Le 4 octobre, deux mois après l'opération, l'avant-bras, en demi-pronation, se fléchit sur le bras, mais sous l'influence du grand supinateur, grâce à l'usage de l'électricité (*courants continus et induits*), les muscles innervés par le radial d'abord, puis le musculo-cutané (*biceps*), puis le médian et enfin le cubital, reprennent progressivement leurs fonctions. Seuls, les interosseux restent incomplètement paralysés, et, bien que la main puisse saisir et retenir un verre plein d'eau, les doigts infléchis donnent l'aspect de la main en griffe.

La sensibilité n'est complètement revenue qu'au bout d'un an. Nous l'avons vue disparaître d'abord à la pulpe digitale; c'est la pulpe digitale qui, en dernier lieu, a recouvré la sensation tactile.

Le premier degré de sensibilité de la pulpe a été la perception de gouttes d'eau froide au lavabo. Depuis deux ans, L... a repris son service; les muscles interosseux sont incomplètement atrophiés, mais il porte de la main droite des fardeaux très lourds. Sa santé est parfaite.

Il serait prématuré de développer les conclusions qui découlent de cette observation isolée sans la relier aux autres faits connus.

Obs. I. II. III. — J.-L. Petit, Verduc, Platner, cités par Malgaigne, rapportent des cas mortels survenus à la suite d'efforts de réduction sans nous fournir d'éclaircissements.

Obs. IV. — Il faut arriver à Pelletan pour trouver dans notre littérature une observation détaillée. Le cas est célèbre. Deux versions en ont été données par Pelletan (*Clinique chirurgicale*, t. II, p. 83) et par Dupuytren (*Leçons de clinique chirurgicale*, t. III, p. 12). Il s'agit d'une femme de 66 ans dont la luxation avait été réduite, après six semaines, par un rebouteur. Le membre resta impotent, engorgé, sans pouls radial. Une tumeur survenue à l'aisselle fut imprudemment ouverte par Dupuytren, qui suppléait Pelletan. Après de nombreuses vicissitudes, la malade succombait sans intervention.

Pelletan (t. II, pl. III, *fig.* 3) nous donne le dessin de la lésion révélée par l'autopsie. Il ne précise pas le siège précis de la rupture et ne parle pas de l'articulation. Il y avait deux tumeurs dont l'une plus petite, sorte d'anévrisme faux consécutif était en communication par une crevasse avec la tumeur principale, qui soulevait les pectoraux jusqu'à la clavicule.

Obs. V. — Outre cette observation, Pelletan consigne en note (t. II, p. 95) le fait suivant : la tradition nous a conservé un fait de ce genre arrivé à l'Hôtel-Dieu, il y a près de vingt ans. On voulut réduire une luxation de l'épaule datant de quatre mois. Dans les violents efforts que l'on fit pour y parvenir, il se fit un déchirement douloureux, et il s'éleva une tumeur volumineuse. On annonça que cette tumeur était emphysémateuse, mais des témoins oculaires m'ont rapporté que c'était une crevasse de l'artère et un épanchement de sang. On en fit l'ouverture et le malade mourut d'hémorragie.

A l'époque signalée par Pelletan, Desault était chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, et son *Traité des maladies chirurgicales* ne nous rapporte qu'une observation de tumeur consécutive à la réduction. Elle fut considérée comme emphysémateuse (*V.* Desault, t. I, p. 378). Comme l'a démontré Malgaigne, il s'agissait d'un tumeur vasculaire très probablement veineuse.

Boyer ne dit rien de la rupture des vaisseaux. Il ne mentionne que le cas de Desault, qu'il considère aussi comme une tumeur emphysémateuse (voir t. IV, p. 210, édit. 1831).

Obs. VI. — Flaubert (*Répertoire général d'anatomie et de physiologie*, t. III, 1re partie, 1827) publie un mémoire « sur plusieurs cas de luxations dans lesquelles les efforts pour la réduction ont été suivis d'accidents graves ». Ce travail contient 6 observations. La première seule se rapporte à notre sujet. Il s'agit d'un marin âgé de 57 ans; la luxation datait de 11 jours. Elle fut réduite par Leudet au prix de tractions énergiques; mais le lac n'était pas retiré qu'il survint un gonflement énorme avec suppression du pouls. La gangrène envahit le membre et le blessé succomba au bout de 13 jours. A l'autopsie, le muscle grand pectoral et la courte portion du biceps étaient déchirés. L'artère axillaire était totalement rompue en travers un peu au-dessus de la naissance de l'artère scapulaire commune. Le bord interne de la cavité glénoïde était fracturé.

Malgaigne, dans son traité magistral, résume avec sa sagacité ordinaire l'état de nos connaissances au moment où il écrivait. Il rapporte :

Obs. VII. — Un cas de lésion artérielle survenue *au moment même où se produisit la luxation* (p. 197). Le blessé, observé par Bérard, succomba à la gangrène. L'artère, qui *avait été étirée comme un tube effilé à la lampe*, fut trouvée oblitérée.

Malgaigne repousse à juste titre la prétendue « tumeur aérienne » de Desault, dont il n'admet qu'un seul cas probable (Obs. III de Flaubert, *loc. cit.*), et, aux cas de lésions artérielles citées plus haut, il ajoute :

Obs. VIII. — Un cas de Ch. Bell, dans lequel l'action de l'ambi déchira à la fois les muscles et l'artère axillaire, en sorte qu'il fallut recourir à l'amputation immédiate.

Obs. IX. — Une catastrophe arrivée à Delpech, réduisant une luxation sur le maire de Nîmes. Mort foudroyante sans autopsie.

Obs. X. — Le cas de Warren (1846), *homme de* 30 *ans;* réduction immédiate par le procédé du talon (*pied botté*). Lorsque Warren vit le blessé le lendemain, il y avait un gonflement notable qui diminua progressivement. Subitement, le 6e jour, un accès de toux provoqua une vive douleur à l'aisselle, une tuméfaction énorme avec perte complète du mouvement et de la sensibilité. Après deux hémorragies graves, Warren pratiqua la ligature de la sous-clavière avec succès, mais le membre resta paralysé.

Obs. XI. — Gibson (1823). Luxation de 2 mois sur un homme de 50 ans. Des tentatives de réduction avaient été faites au bout de 3 semaines. Gibson renouvela l'essai. Il réussit au prix d'efforts extrêmement violents. Un gonflement survint vers le deltoïde et le grand pectoral. Le blessé succombait dans la soirée. L'artère axillaire *était complètement rompue en travers*, près de la cavité glénoïde. Elle avait contracté adhérence avec la capsule nouvelle.

Obs. XII. — Gibson (1828), *homme de* 35 *ans;* luxation de 10 semaines réduite après l'emploi des grands moyens. Le lendemain, apparition d'un anévrisme diffus. Le 3e jour, ligature de la sous-clavière, mort le 5e jour.

Il y avait fracture du rebord glénoïdien et du trochiter. L'artère était si fortement adhérente à la capsule et à l'os même au bord interne du petit trochiter, qu'il paraissait impossible de réduire l'os sans la rompre. Les tuniques internes étaient rompues en travers, la tunique externe, dilatée, formait un véritable sac anévrismal qui paraissait remonter soit à la luxation, soit aux premières tentatives. Les efforts de Gibson avaient rompu ce premier sac en arrière, très près de son adhérence à l'os, d'où un énorme épanchement qui avait pénétré dans l'articulation par la capsule ouverte.

Obs. XIII. — Dans un cas de Nélaton, la réduction fut obtenue par des tractions très faibles; il s'ensuivit pourtant un anévrisme faux, consécutif, qui obligea plus tard à lier la sous-clavière. L'opéré succomba. Les deux tuniques internes avaient été rompues, et l'anévrisme faux, consécutif, communiquait avec l'articulation.

A ces treize cas dont l'indication se trouve dans Malgaigne, 13 cas et non pas 11 comme l'a écrit Bœckel, ce dernier auteur, dans l'article du *Dictionnaire pratique*, ajoute une nouvelle observation : blessure de l'axillaire qu'il considère à tort comme le résultat d'une luxation compliquée de fracture du col. Trois semaines après l'accident et la réduction d'un déplacement attribué à une luxation, la malade, âgée de 55 ans, entrait à l'hôpital Saint-Bartholomew. Skey lia l'artère axillaire par la méthode ancienne; elle succomba : l'artère avait été blessée par une esquille provenant d'une fracture du col. Il n'y avait pas luxation (Voir *Mémoire de Callender*). Nous négligions cette observation.

En 1866, Callender a publié un mémoire sur les ruptures de l'axillaire dans la luxation de l'épaule (*Saint-Bartholomew's hospital reports*, 1866, vol. II, p. 96-113). « Respecting ruptures of the axillary artery in reducing dislocations at the shoulder-joint. »

D'un bond, Callender élève la *Statistique* à 31 cas. Nous sommes obligés de constater que ce travail, cité avec éloges de toutes parts, n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée. Une analyse attentive de cette liste de 31 cas, consignée dans les trois dernières pages du *Mémoire* (p. 110-113), nous a permis de relever les erreurs suivantes :

Le 4e *cas*, attribué à Flaubert, se rapporte à une observation d'arrachement des nerfs du plexus brachial. Il n'est pas question de l'artère axillaire.

Le 13e *cas* a trait à la « tumeur aérienne » de Desault, justement considérée comme tumeur veineuse par Malgaigne.

Les 14e et 15e *cas* sont de pure fantaisie : deux cas de tumeur aérienne attribués à Flaubert.

16e *cas*. — Il s'agit d'une observation décrite comme tumeur veineuse par Malgaigne.

17e *cas*. — C'est l'observation de tumeur veineuse de Frsriep, déjà citée par Malgaigne.

19e *cas*. — Il s'agit d'une fracture du col sans luxation, empruntée à Stanley.

22e *cas*. — C'est l'observation de Nicholas Pochard rapportée par Pelletan. Tumeur anévrismale de l'avant-bras causée par la pression du chien de fusil !

23e *cas*. — Observation de Paget. Rupture de l'axillaire survenue à la suite d'une extension exagérée pour combattre une raideur articulaire. Sans luxation.

24e *cas*. — Encore une observation de Pelletan. C'est le cas bien connu de Gabriel de Longpré : compagnon maçon qui attribuait l'anévrisme axillaire dont il était atteint à l'habitude qu'il avait contractée de se suspendre par les mains aux boulons de ses échafauds. Il n'est pas question de luxation.

25e *cas.* — La rupture de l'axillaire produite par extension exagérée ne se compliquait pas de luxation.

26e *cas.* — Il s'agit d'une rupture veineuse observée par Prloe. Callender nous annonce 18 eas nouveaux qui avaient échappé aux recherches de Malgaigne et de Bœckel, et, d'un trait de plume, nous pouvons en rayer 12. Restent six observations nouvelles, parmi lesquelles nous relevons : 1° le cas de Skey, déjà cité par Bœckel, que nous pouvons supprimer aussi, car il s'agit de fracture du col et non de luxation; 2° une observation dans laquelle la rupture de l'axillaire devient pour ainsi dire accessoire, et qui démontre à quel degré de violence on a pu pousser les tractions (Obs. XIV de notre *Statistique*). Un rebouteur de Leicester employa 12 à 16 hommes pour tirer sur un bras luxé; le muscle pectoral fut déchiré, le plexus nerveux fut rompu juste au-dessous de la clavicule, et l'artère était aussi déchirée en travers. Les os de l'avant-bras étaient luxés au coude, et les os du bras et de l'avant-bras fracturés.

Obs. XV. — Citée par Callender. — A. Cooper mentionne un cas d'anévrisme consécutif à la réduction d'une luxation récente. Le sac se rompit, et la mort survint par hémorragie.

Les trois autres cas nouveaux rapportés par Callender ont seuls de l'intérêt au point de vue de nos recherches.

Obs. XVI (Callender, voir *Mémoire* cité). — Un jardinier, âgé de 61 ans, se luxa l'épaule dans une chute. La luxation réduite se reproduisit à la suite de mouvements intempestifs. Six semaines après (*avril* 1865), le blessé fut admis à l'hôpital Saint-Bartholomew. Après divers essais infructueux sous le chloroforme, Callender usa d'un procédé par circumduction, et, au moment où le bras passait au-dessus de la tête du patient, l'humérus rentra ; mais, en même temps, on constatait le développement d'une tumeur de l'aisselle qui fut prise d'abord pour une simple tumeur veineuse. Cette tumeur prit un grand accroissement. A aucun moment, on n'entendit de bruits anormaux, le pouls battait à la radiale. Callender renouvela l'opération pratiquée par Paget pour un cas de rupture de l'axillaire sans luxation; il ouvrit largement la paroi antérieure de l'aisselle, découvrit une petite ouverture de la paroi antérieure de l'artère et lia au-dessus et au-dessous. Le 5e jour, gangrène ; mort le 7e jour.

Obs. XVII. — Blaokman. — Un médecin, âgé de 50 ans, était porteur d'une luxation de 112 jours (et non de six semaines comme l'écrit Callender). Un essai infructueux de réduction fut tenté au bout de 15 jours. Blackman, après administration du chloroforme, voit se produire, au bout de dix minutes d'efforts, une tumeur à la région pectorale. La radiale avait cessé de battre. L'artère fut liée à la partie supérieure de son trajet. Le blessé succomba le 12e jour à une hémorragie secondaire.

Obs. XVIII. — Homme de 50 ans. Luxation de l'épaule par cause

directe. La luxation fut immédiatement réduite malgré l'existence d'un anévrisme diffus constaté par Adams. La sous-clavière fut liée 10 jours après *avec succès*.

Cette observation est incomplètement rapportée par Callender. En réalité, l'observation d'Adams doit porter le nom d'Adams-O'Reilly. La réduction de la luxation avait été pratiquée par Adams à l'hôpital de Jervis-Street; mais la ligature de la sous-clavière fut faite 10 jours après par O'Reilly. L'homme guérit *et vécut encore longtemps*[1]. (Voir *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. III, p. 235, et ADAMS, *Cycl. of anatomiq. and physiology art shoulder-joint.*)

Le *Mémoire* de Callender nous laisse donc à la tête de 18 observations, et non de 31. En définitive, il n'ajoute que cinq observations de valeur inégale à la *Statistique* de Malgaigne. Léon Lefort, qui a beaucoup contribué à élucider cette question, nous donne dans son tableau de ligatures de la sous-clavière, l'indication d'un cas de Gunther.

OBS. XIX. — Il s'agit d'*un jeune homme de 20 ans*, sur lequel, trois semaines après la réduction d'une luxation par l'élévation avec pression directe, on constata un anévrisme axillaire de la grosseur d'un œuf. Le bras avait considérablement maigri. Ligature de la sous-clavière. Suppuration du sac. Hémorragie mortelle. (Voir *Traité des fractures et luxations de* HAMILTON. *Notes de* POINSOT, p. 838.)

L'observation de Segond, citée par Lefort, ne se rapporte pas à notre sujet. De l'avis de Segond, il est extrêmement probable qu'il n'y avait pas eu luxation. L'artère axillaire avait été blessée par un fragment de soupière que la mulâtresse Léocade tenait à la main au moment de sa chute. (Voir *Journal hebdomadaire*, 1836.)

Enfin le succès que Léon Lefort attribue à O'Reilly dans son tableau des ligatures de la sous-clavière, fait double emploi avec celui d'Adams rapporté à l'article des blessures de l'axillaire. (Voir plus haut.)

Nous avons relevé les observations suivantes :

OBS. XX. — Homme de 58 ans. Luxation de 7 à 8 semaines. Rupture artérielle pendant les tentatives de réduction à l'aide de poulies. Sans hésiter, Lister incise la tumeur et se met à la recherche du vaisseau blessé. Il trouve une ouverture à la partie postérieure de l'axillaire et passe une ligature au-dessus et au-dessous de cette ouverture. Mort 3 heures après. A l'autopsie, on trouva sur le corps de l'humérus, une petite épine osseuse qui avait été la cause immédiate de la rupture. L'artère elle-même était très athéromateuse. (Voir *Mémoire* de JOHN A. LIDELL, *In Encyclopédie internationale de chirurgie*, p. 234 et suivantes. L'observation est extraite du *Medical times and gazette*, 1er février 1873.)

[1] C'était un cas de luxation sous-glénoïdienne. Le malade guérit après avoir perdu les doigts par érysipèle et gangrène. (Voir HAMILTON, p. 805, *Fractures et luxations*.)

Obs. XXI. — Revington rapporte le cas d'un individu de 71 ans qui mourut d'hémorragie par suite de la rupture d'un anévrisme produit pendant la réduction d'une luxation de l'épaule. (Voir John Lidell, *loc. cit.* d'après *British medical journal*, 20 *avril* 1872.)

Obs. XXII. — Homme de 38 ans, admis à Northampton infirmary après réduction d'une luxation de l'épaule. La gangrène envahit le bras et causa la mort. L'autopsie révéla une fracture de l'apophise coracoïde de la tête humérale et une rupturede l'artère axillaire. (*British medical journal*, 18 mai 1872. Cité par J. A. Lidell, *loc. cit.*)

Obs. XXIII. — En 1869, M. Panas lie la sous-clavière pour un anévrisme diffus survenu quelques jours après la réduction d'une luxation de l'épaule. L'artère suppura et l'opéré succombait au bout de trois mois après avoir subi la résection, puis la désarticulation de l'épaule. (Voir *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1877, p. 193. Voir art. Épaule, t. XIII, p. 441.) (Art. Épaule du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.)

Obs. XXIV. — Luxation de l'humérus en avant et en dedans. Réduction immédiate opérée par un rebouteur, apparition dans l'aisselle d'une tumeur anévrismale que l'on ponctionne plusieurs fois. Le malade meurt avec des accidents septicémiques, cinq semaines après l'accident. (W. Korte, *Arch. fiév. clin. chir.* Bd. XXVII, Heft. 3, p. 631.) (Cité par Poinsot. Voy. *Traité des fractures et luxations*, de Hamilton).

Obs. XXV. — Luxation ancienne en avant et en dedans ; on fait plusieurs tentatives de réduction dans une desquelles l'artère axillaire se rompt. L'anévrisme ne tarda pas à s'ouvrir et l'hémorragie consécutive emporta le blessé. (Cité par Poinsot, d'après Korte, *loc. cit.*)

Obs. XXVI. — Un homme de 62 ans entra à l'infirmerie générale de Scheffield, pour une luxation de l'épaule datant de huit semaines. Après de légères tentatives de réduction à l'aide du procédé du talon, il se produit une tuméfaction considérable sous le muscle pectoral et le pouls radial disparaît du côté luxé. Le lendemain, ligature de l'axillaire et tentatives de réduction. Le malade succombe au bout de vingt-quatre heures. (Cité par Poinsot, d'après *British medical journal*, 1883, 2 fév.)

Obs. XXVII. — Dans un fait de Létiévant de Lyon, la luxation, qui avait été produite par un coup direct, datait de vingt jours. Tractions violentes sous le chloroforme ; anévrisme axillaire et paralysie du nerf radial. Ligature de la sous-clavière. Guérison. (Cité par Poinsot, d'après *Lyon médical*, 14 juillet 1878.)

Obs. XXVIII. — Chez un malade de Carruther, la luxation avait été réduite immédiatement mais pour se reproduire bientôt. Cette fois encore la réduction fut opérée sans difficulté ; mais dès le lendemain on constatait une tuméfaction considérable du bras et de l'épaule et tous

les signes d'une gangrène commençante. Carruther amputa le bras et le malade succomba le matin suivant. L'autopsie montra une déchirure de l'artère axillaire au-dessous de l'origine de la sous-scapulaire. (Cité par Poinsot, *loc. cit.*)

Obs. XXIX. — Homme de 55 ans, atteint de luxation de l'épaule, subit une première tentative de réduction, puis une deuxième six semaines après, le 2 février 1880. Un gonflement survint dans l'aisselle; trois mois après un peu de sang clair suinta à travers la peau. Le 30 juillet, hémorragie plus sérieuse. A son entrée à Charing-Cross, le membre est tuméfié, la tumeur volumineuse de l'aisselle est pulsatile; le pouls est supprimé. La partie inférieure de la tumeur laisse suinter une sérosité aqueuse. M. Bellamy se décide à pratiquer la désarticulation de l'épaule. Un lambeau antérieur fut taillé par transfixion. L'hémorragie, malgré la compression de la sous-clavière, fut terrifiante; le second lambeau postérieur fut taillé après désarticulation en quelques secondes et quelques livres de caillots et de lymphe organisée furent enlevées. Le tronc principal recherché dans sa portion normal n'était plus reconnaissable. Il y avait sur la paroi du thorax un tube dur, comme cartilagineux, lançant un jet de sang effrayant qui fut arrêté avec grande difficulté... les lambeaux furent ajustés et le malade fut porté au lit. Malheureusement il ne se remit plus et mourait environ une heure après. (*The Lancet*, 1880, t. II, p. 260.)

Obs. XXX. — En 1877, Ledentu (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 10 mars, et *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1877, p. 187.) communique à la Société de chirurgie une observation très détaillée qui démontre que l'anévrisme axillaire peut se produire par le fait même de l'accident et avant toute tentative de réduction. Ledentu crut devoir pratiquer la désarticulation de l'épaule après avoir placé une ligature d'attente sous la clavière. En présence de l'hémorragie du moignon on dut serrer cette ligature. L'opéré succomba. L'artère était complètement rompue. Un cul-de-sac sous-pectoral renfermait du pus. Le siège précis de la rupture de l'artère n'est pas indiqué, mais il paraît devoir correspondre à l'origine de la scapulaire inférieure si l'on se rapporte à une observation de Panas qui vint affirmer à la Société de chirurgie que le plus souvent la rupture de l'artère axillaire correspondait à la naissance de cette collatérale.

Obs. XXXI. — A. Després communique à la Société de chirurgie (Voy. *Bulletin*, 1878, p. 116) une observation d'anévrisme diffus de l'aisselle. Le pouls radial resta perceptible. Il s'agissait d'une femme de 40 ans, dont le bras avait été tordu en divers sens par un homme vigoureux.

La ligature de la sous-clavière fut tentée au milieu de grandes difficultés. L'opérée succomba. L'articulation était ouverte largement et la tête de l'humérus jusqu'au delà du col chirurgical dénudé baignait dans des caillots mous. Il y avait eu luxation de l'épaule au moment de l'accident mais la luxation s'était réduite seule à cause de l'étendue de la

déchirure de la capsule (Després). La veine axillaire était réduite à un cordon mince. Les muscles petit pectoral sus et sous-épineux et sous-scapulaires étaient arrachés ou aplatis. Le vaisseau blessé était le tronc commun des circonflexes qui avait été arraché à son origine. Après la mort on retira de l'anévrisme plus de deux litres et demi de caillots passifs.

Obs. XXXII. — Dans la thèse du docteur Gringoire intitulée : *Des anévrismes traumatiques de la région axillaire*, je trouve une observation intéressante. Un ouvrier âgé de 52 ans entrait le 3 octobre 1876 à l'hôtel-Dieu de Rennes. Quinze jours avant son entrée, il avait fait une chute. Luxation scapulo-humérale. Essais de réduction par le talon, puis à l'aide de tractions exercées par deux aides. La luxation était réduite depuis quinze jours lorsque le blessé entra à l'hôpital avec un empâtement manifeste du bras. Deux jours après, de vives douleurs se font sentir dans le bras et l'avant-bras, la main. Le pouls radial s'affaiblit. Une tumeur pulsatile fut reconnue à l'aisselle, elle augmenta rapidement de volume, soulevant le moignon de l'épaule. Œdème considérable de tout le membre supérieur. La ligature de la sous-clavière fut tentée par le docteur Lefeuvre. Au moment de serrer la ligature, un énorme écoulement de sang indiqua que l'artère avait été rompue. Le scalène antérieur fut coupé en travers et une deuxième ligature fut placée à deux centimètres au-dessus. La tumeur axillaire s'affaissa, mais le blessé succombait le cinquième jour avec des abcès métastatiques dans les poumons.

A l'autopsie, la tumeur anévrismale présentait à sa partie moyenne un sillon transversal au fond duquel était logée la scapulaire inférieure. Cette artère avait été déchirée à son origine et communiquait en ce point avec l'anévrisme. Cette disposition est représentée dans une planche annexée à la thèse.

Obs. XXXIII. — Chez un malade de Korte, la luxation produite par un choc direct se réduisit spontanément. Il ne s'en forma pas moins un anévrisme pour lequel on fut obligé de pratiquer la ligature de l'axillaire. Des hémorragies consécutives rendirent nécessaire une nouvelle ligature sur un point plus élevé du vaisseau. Le malade fut emporté par l'anémie. (Cité par Poinsot, *loco. cit.*)

Obs. XXXIV. — Je ne cite que pour mémoire une observation publiée par le professeur Richet (*in Gaz. des hôpitaux*, septembre 1879). Il s'agit d'un anévrisme diffus de l'aisselle, survenu à la suite d'une lésion de l'épaule prise d'abord pour une luxation. D'après Richet, il s'agissait en réalité d'une fracture du col. L'anévrisme s'était développé avant toute tentative de réduction. Le blessé succombait au bout de quelques jours après avoir subi la ligature de la sous-clavière. Je n'ai pas trouvé la trace de l'autopsie.

En tenant compte de l'observation que j'ai fournie en tête de ce travail (Obs. XXXV), nous nous trouvons en possession de trente-cinq faits dont quelques-uns seront de peu d'utilité à cause de la brièveté

des détails. Il est certain qu'un grand nombre d'accidents de même ordre n'ont pas été publiés. Mes recherches, d'autre part, se sont bornées aux principales publications. Quoi qu'il en soit, nous avons une base suffisante pour tenter de définir la physionomie morbide de cette redoutable complication.

Nous pouvons tirer quelques conclusions immédiates de la lecture des observations précédentes.

1° La rupture artérielle peut se produire au moment même de l'accident. On l'a notée cinq fois (*Ob.* VII, XVIII, XXX, XXXI, XXXIII). Deux fois au moins, il s'agissait de luxation sous-glénoïdienne (Berard, Adams) ;

2° On peut admettre dans certains cas que la rupture produite au moment de l'accident s'est bornée aux tuniques internes ; elle est devenue complète sous l'influence d'efforts modérés de réduction ;

3° Assez souvent, tout s'est borné, après réduction, au développement insidieux d'un anévrisme faux consécutif qui s'est rompu dans un mouvement brusque, une quinte de toux (*Ob.* X, XIX, XXIII, XXXII, XXXV) ;

4° Contrairement à l'opinion commune, l'accident s'est produit au moins aussi souvent après la réduction de luxations récentes, c'est-à-dire de moins de trois semaines, qu'après la réduction de luxations anciennes ;

5° Dans l'immense majorité des cas, il s'agit de sujets âgés, chez lesquels on peut invoquer la fragilité vasculaire, liée à l'athérome ;

6° Il est difficile de préciser l'étendue et la nature des manœuvres employées. Trois fois seulement nous notons l'intervention des rebouteurs ; mais il faut reconnaître que les rebouteurs anglais font parfois de belle besogne (*Ob.* XIV). L'ambi a été employé 3 ou 4 fois. Le procédé du talon est formellement indiqué dans trois observations (*Ob.* X, XXVI, XXXII). Dans le cas de Warren, le chirurgien ne prit même pas la peine de se débotter. L'ancienneté de la luxation a conduit dans certaines circonstances à user de tractions immodérées (*Ob.* VI, IX, XI, XII, XVII, XX). Les grands mouvements de circumduction sont décrits avec précision dans le cas de Callender (*Ob.* XVI).

Nous exposerons plus loin les résultats du traitement, mais il est un point que nous voulons immédiatement mettre en relief. Y a-t-il un lieu d'élection pour la rupture artérielle ? Malheureusement cette donnée capitale n'a pas frappé suffisamment l'attention des premiers observateurs et nous ne pourrons utiliser les matériaux que nous avons rassemblés qu'après avoir interrogé l'anatomie normale et l'expérimentation.

Établissons d'abord un premier fait : les rapports de l'axillaire avec la tête humérale sont tels que pendant l'élévation forcée du bras, le pouls cesse de battre. Sur le cadavre, une injection solidifiable poussée par la sous-clavière ou l'humérale se trouve arrêtée au point de pression du bourrelet de la tête humérale, ainsi que cela a été constaté par F. Guyon[1]. Or, ce point de pression correspond à l'origine des collatérales inférieures, ordinairement entre l'origine de la scapulaire inférieure et des circonflexes. Ces rapports de voisinage deviennent singulièrement dangereux, lorsque la tête luxée, dépouillée de son revêtement capsulaire, proémine vers le thorax comme l'extrémité rugueuse d'un pilon qui menace directement les vaisseaux. Il ne faut pas perdre de vue que les luxations de l'humérus se compliquent fréquemment d'arrachements musculaires et de fractures partielles des tubérosités.

Panas, visiblement préoccupé de préciser le siège de la rupture artérielle, à l'occasion d'un cas qu'il avait traité, nous fournit des renseignements utiles sur les nouveaux rapports constitués par le fait de la luxation traumatique ou expérimentale. D'après lui, dans aucune des variétés sous-coracoïdiennes, intra-coracoïdiennes, sous-claviculaires, les vaisseaux ne se placent au-devant de la tête; toujours le paquet vasculo-nerveux se trouve au côté inféro-interne, ou en arrière de la tête luxée, le coraco-brachial restant à cheval sur la tête. Dans la luxation sous-glénoïdienne, le paquet vasculo-nerveux est soulevé en même temps que le muscle coracobrachial.

D'après ces simples données, on peut admettre que les efforts de réduction peuvent produire la déchirure artérielle par les mécanismes suivants :

1° Par élongation, dans la luxation sous-glénoïdienne surtout;

2° Par pression directe ou écrasement. Pressée par le talon ou l'ambi, ou tout autre agent violent de coaptation, l'artère s'écrase comme l'urètre sur les côtes de l'arcade dans la contusion du périnée;

3° Par pénétration d'une pointe osseuse (*Ob.* XX);

4° Par arrachement d'une collatérale. Le plus souvent il s'agira de la scapulaire inférieure : tendue entre son origine qui peut correspondre à une plaque athéromateuse, et le scapulum sur lequel elle est fixée, elle court des dangers plus sérieux que la circonflexe postérieure qui s'enroule autour du col chirurgical et le suit dans ses déplacements.

Dans le cas de luxation ancienne, le danger devient plus pres-

[1] Voir Panas, art. Épaule (*Dict. pratique*, p. 440).

sant. L'artère englobée, fixée par des exsudats, échappe plus difficilement aux diverses causes de rupture.

L'anatomie pathologique est d'accord avec ces conclusions. Dans le petit nombre de cas où l'autopsie a été relatée avec quelque soin, nous voyons qu'il y a eu rupture complète de l'axillaire un peu au-dessus de la scapulaire inférieure (*Ob.* VI). L'artère est étirée comme un tube effilé (*Ob.* VII), elle est complètement rompue au niveau de la cavité glénoïde (*Ob.* XI). La rupture complète existe au niveau du bord interne du petit trochiter, un anévrisme faux consécutif rompu a été suivi d'anévrisme diffus (*Ob.* XII). Nélaton signale la rupture des tuniques internes (*Ob.* XIII). Une épine osseuse de l'humérus a déterminé la déchirure (*Ob.* XX). L'artère est complètement rompue au voisinage de la scapulaire inférieure (*Ob.* XXVIII, XXX). Il y a arrachement du tronc de la scapulaire inférieure (*Ob.* XXII, XXXII). Dans un cas où des mouvements violents de rotation avaient provoqué la luxation, on note l'arrachement du tronc des circonflexes (*Ob.* XXXI).

On peut donc admettre comme assez nettement établi :

1° Que la blessure artérielle réside au voisinage du bourrelet rugueux de la tête déplacée;

2° Que la rupture complète ou incomplète se fait au niveau des collatérales inférieures (scapulaire inférieure et circonflexe) à une hauteur variable suivant le déplacement, mais toujours vers la partie moyenne de l'axillaire;

3° L'épanchement sanguin est en communication avec l'articulation ouverte. Cette complication donne à l'accident une gravité particulière et le sépare nettement au point de vue clinique des autres anévrismes de l'axillaire. Seule, la déchirure qui accompagne une fracture du col de l'humérus, présente quelques analogies avec la lésion qui nous occupe.

Symptômes, diagnostic, pronostic. — Je serai bref sur ces points.

Pour éviter toute surprise, en présence d'une lésion à l'épaule, fracture ou luxation, il faut toujours comparer les deux épaules, après avoir fait déshabiller le blessé; explorer la sensibilité, tâter le pouls, palper attentivement le creux de l'aisselle, ausculter. Le bruit de souffle, la sensation de thrill sont des signes pathognomoniques. La persistance du pouls radial, notée quelquefois, s'explique par une déchirure incomplète ou par l'existence d'un anévrisme faux consécutif préexistant à l'anévrisme diffus.

Ces énormes épanchements s'accompagnent de douleurs extrêmement vives par compression du plexus brachial. Le membre devient lourd, impotent; la tuméfaction, l'œdème gagnent les doigts.

Abandonnée à elle-même, cette lésion a toujours été suivie de mort après une période variable suivant l'étendue des délabrements, et la rapidité avec laquelle se montre le sphacèle, et les hémorragies secondaires, causes habituelles de la mort.

Traitement. — Malgré la rareté de cet accident, il faut en prévoir la possibilité lorsqu'on a affaire à des personnes âgées. Pour l'éviter, il faut se garder d'employer dans ces cas les violents mouvements de circumduction, l'extension exagérée en haut et en arrière avec mouvement brusque d'abaissement, proscrire le talon. Si la luxation résiste aux premières tentatives, il faudra recourir à l'extension lente et continue en bas et en dehors, sous le chloroforme.

On a parfois affaire à de vastes épanchements qui ne se traduisent que par la fluctuation. Il s'agit ou de petits vaisseaux ou de veines rompues. Une exploration attentive, une surveillance quotidienne, tiendra le chirurgien en éveil, dans ces cas, assez communs que le repos et les résolutifs mènent rapidement à bonne fin.

Traitement de l'anévrisme diffus. — A ne consulter que la statistique, la ligature de la sous-clavière semble s'imposer au chirurgien.

L'expectation a toujours été suivie de mort.

4 désarticulations de l'épaule	4 morts.
5 ligatures de l'axillaire	5 morts.
11 ligatures de la sous-clavière	4 succès.

Mais avant de préciser les indications du mode d'intervention que Malgaigne, puis Léon Le Fort ont placé au premier rang, nous devons nous demander si exceptionnellement la désarticulation de l'épaule ou la ligature directe de l'axillaire ne seraient pas indiquées.

Désarticulation. — L'idée de désarticuler l'épaule, quand la gangrène est menaçante, a tenté quelques chirurgiens. Le Dentu dans une très belle observation que nous avons résumée, en rapporte un cas. Mais en chirurgien prudent, il eut la précaution très sage de placer une ligature d'attente sous la sous-clavière. L'abondance de l'hémorragie l'obligea à serrer le fil, ce qui n'empêcha pas les lambeaux de saigner. Le blessé était dans de misérables conditions organiques, il succomba quelques jours après l'opération.

Assez récemment, la désarticulation de l'épaule a été tentée deux fois en Angleterre (*Ob.* XXVIII, XXIX). La mort survint rapidement dans les deux cas. Dans l'observation de Bellamy, l'hémorra-

gie fut *terrifiante*, il y avait sur la paroi du thorax un tube dur, comme cartilagineux, lançant un jet de sang effrayant... Le malade ne se remit pas et mourut *environ* une heure après.

Il n'y a là rien qui doive étonner. La section des chairs ouvre du premier coup le sac et le tronc blessé fournit du sang qui n'est plus maintenu dans les limites du foyer ; si la lésion remonte à plusieurs jours, le sang pleut par les collatérales dilatées malgré la compression sur la première côte. D'autre part, le chirurgien le plus expérimenté, l'anatomiste le plus habile, mettra toujours un temps assez long pour dégager l'axillaire au niveau de sa déchirure. Nous n'oublions pas en effet que le siège ordinaire de cette déchirure se trouve bien au-dessus du point, où, dans la désarticulation, on est conduit à serrer le fil. Lorsque la rupture est complète, les difficultés augmentent, le bout central se perd sur le thorax, sous le petit pectoral. Si à une époque rapprochée du début de l'accident, le chirurgien se trouvait exceptionnellement conduit à pratiquer la désarticulation, il tiendrait compte de ces faits et suivrait l'exemple de Le Dentu.

Ligature de l'axillaire. — Quelques chirurgiens anglais, pour obéir au précepte qui recommande de lier un tronc blessé au-dessus et au-dessous de la plaie vasculaire, ont tenté d'aborder le vaisseau en ouvrant largement la paroi antérieure de l'aisselle jusqu'à la clavicule. L'exemple n'est pas encourageant si j'en juge par l'opération décrite par Callender [1] et que je résume ici : Une première incision porte sur le bord inférieur du grand pectoral, dans toute sa longueur, de l'humérus aux côtes, une deuxième incision à angle droit sur la première divise la paroi antérieure jusqu'à la clavicule; le doigt préalablement glissé sous le grand pectoral en plein foyer sanguin aide à la section de ce muscle dans toute sa hauteur. Une vaste cavité à prolongements multiples pleine de caillots et de sang fluide, fut rapidement vidée par poignées (*by hand fuls*). Le petit pectoral tapissait le fond de cette cavité en communication avec l'article; en retirant à l'aide du doigt des caillots placés sous ce muscle, un jet de sang artériel se produisit immédiatement, pendant qu'un aide comprimait le bout périphérique de l'axillaire, que M. Paget fixait le bout central sur la deuxième côte, Callender incisa le petit pectoral en travers de ses fibres. Il trouva sur la paroi antérieure de l'axillaire une petite ouverture, et lia au-dessus et au-dessous. Au cinquième jour, la gangrène envahit le bras jusqu'à l'insertion du grand pectoral, la mort survint le huitième jour. Callender avait été conduit à pratiquer cette opération à la suite d'un succès obtenu par Paget dont il suivit le plan opératoire. Les

[1] *Loco cit.*, p. 99.

conditions étaient différentes : dans le cas de Paget, l'artère s'était rompue pendant les manœuvres d'extension forcée pour combattre une raideur de l'épaule ; dans le cas de Callender, la rupture s'était produite au sein d'une région labourée à diverses reprises par la tête humérale luxée et l'articulation scapulo-humérale formait un diverticulum du foyer sanguin. La plaie opératoire acquérait de ce fait une gravité particulière même avec le pansement antiseptique. Lister (*Ob.* XX) ne fut pas plus heureux à la suite d'une tentative semblable. Nous croyons donc que ce mode d'intervention qui oblige à rechercher l'axillaire derrière le petit pectoral, en un point où la ligature de l'axillaire est passible en partie des mêmes reproches que la ligature de la fémorale sous l'arcade, après des délabrements qui compromettent sérieusement l'établissement de la circulation collatérale; nous croyons, dis-je, que ce mode d'intervention ne pourrait être conseillé exceptionnellement que comme premier temps d'une desarticulation de l'épaule.

Quant à la ligature de l'axillaire sur la deuxième côte, il n'en saurait être question; le foyer anevrismal se trouvant immédiatement au-dessous du grand pectoral.

Ligature de la sous-clavière. — Nous l'avons dit plus haut : les seuls succès obtenus l'ont été par la ligature de la sous-clavière. Pratiquée 11 fois, elle a donné 4 guérisons, 2 fois la survie a été de plusieurs semaines (Nélaton, Panas), 2 ou 3 fois des accidents opératoires ont compromis le succès. Jusqu'à nouvel ordre, c'est donc à cette ligature qu'il faudra recourir. Que la rupture se produise au moment de l'accident, pendant la reduction ou quelques jours apres, il y aura toujours avantage à attendre le rétablissement de la circulation collatérale. La compression digitale sera immediatement instituée en permanence pendant les premières heures pour restreindre la diffusion du sang. Des injections de morphine calmeront les souffrances horribles qui résultent de la compression des nerfs.

Il ne faut pas oublier que l'abondance du sang épanché sous les pectoraux, sous le deltoïde, dans la fosse sous-scapulaire, dans l'articulation,, et vers la paroi postérieure sous le grand dorsal et le grand rond, rendra souvent la ligature plus difficile qu'à l'ordinaire par suite de l'ascension du moignon de l'épaule. Notons une circonstance favorable; dans aucune observation, je n'ai vu signaler la diffusion du sang dans le creux sus-claviculaire.

La difficulté qui résulte du soulèvement de la clavicule complique la nécessité de suivre une marche rigoureuse pour atteindre et charger le vaisseau. Nul n'a mieux dégagé le terrain opératoire de cette ligature que M. Duval dans son précieux *Traité d'hémostasie.*

C'est, sans contredit, un des chapitres les plus importants de son livre. Je me permets d'ajouter quelques remarques à propos du dernier temps, le chargement de l'artère. Il faut de toute nécessité par de bonnes incisions, par des attitudes bien comprises, par le souci de l'éclairage, arriver à dégager, *à voir* l'artère au fond de la plaie pour la dénuder avec soin, en un point éloigné de toute collatérale. Le plancher opératoire est représenté ici par la première côte large de 2 à 3 centimètres. Il est bon de rappeler qu'il n'y a pas, à proprement parler, de trajet interscalènaire du vaisseau. Les deux scalènes, en bas, chevauchent l'un sur l'autre; en arrière du scalène antérieur, l'artère comprise dans un dédoublement du feuillet postérieur de ce muscle, appuie sur la plèvre. A son point d'émergence, en dehors du scalène antérieur dont les attaches entament à peine de quelques millimètres la face externe de la première côte, l'artère passe au devant du scalène postérieur dont les insertions se font sur toute l'étendue de cette face externe. En se dégageant du scalène antérieur, la sous-clavière fournit souvent la scapulaire postérieure, dont la présence a probablement été la cause d'un certain uombre d'hémorragies consécutives.

C'est donc une erreur anatomique de parler de la ligature de la sous-clavière en dehors *des scalènes*. Mieux vaudrait dire sur la première côte, pour marquer l'importance qu'il y a à ne pas abandonner ce plan résistant pour charger l'artère. La présence de la scapulaire postérieure au niveau de l'émergence de la sous-clavière en dehors du scaline antérieur, devra faire glisser le fil de catgut vers la clavicule.

On trouvera peut-être que je suis entré dans des développements exagérés à propos d'un accident aussi rare. J'ai cru que le moment était venu de rattacher ce fait clinique particulier à des données plus précises, et de provoquer des recherches nouvelles destinées à fixer définitivement la ligne de conduite à suivre.

La séance est levée à 6 heures 45 minutes.

Le Secrétaire,

J. Championnière.

Séance du 5 novembre 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° Un mémoire pour le prix Laborie, ayant pour sujet : *De la névrite traumatique dont l'épigraphe est* : *Être vrai ;*

3° Un mémoire pour le prix Laborie, ayant pour sujet : *Du nodus du corps caverneux dont la devise est : Post hoc, non ergo propter hoc ;*

M. Terrier offre à la Société le premier fascicule de ses *Éléments de pathologie chirurgicale générale ;*

5° M. Monod offre ses leçons de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Necker.

6° M. Berger offre, au nom de M. Guermonprez, le premier fascicule de *Pratique chirurgicale des établissements industriels ;*

7° M. Polaillon offre un volume intitulé : *Chirurgie du doigt ;*

8° M. Polaillon offre, de la part de M. de Beauvais, l'éloge de M. le Dr Duparcque, prononcé à la Société de médecine de Paris ;

9° *Bulletin de la Société de médecine de Paris* pour l'année 1883 ;

10° M. Charles Piot d'Aiguebelle envoie un mémoire intitulé : *Considérations pratiques sur la hernie étranglée, le taxis et la kélotomie* (Rapporteur, M. Berger);

11° Observation de coup de couteau à travers l'échancrure sciatique jusqu'à l'utérus gravide, par le Dr O. Guelliot, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Reims. (Rapporteur, M. Berger.)

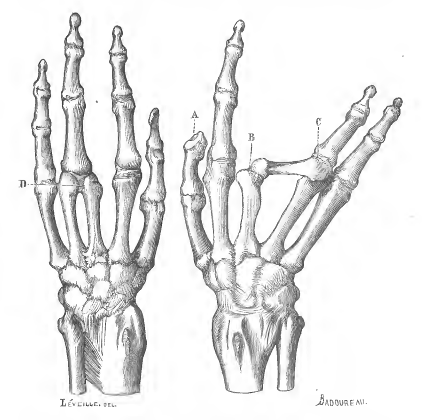
A propos du procès-verbal, sur l'ectrodactylie.

M. Nicaise. Au sujet du rapport fait par M. Berger sur l'ectrodactylie, je rappellerai un cas de cette anomalie dont j'ai publié l'observation dans la *Gazette médicale de Paris* (1875). J'ai eu l'occasion de l'étudier en 1870, étant prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôptaux. Le fait est intéressant à cause de la rareté

de la difformité du métacarpe et aussi de la rareté de l'absence du médius seul.

Il s'agit d'un homme de 41 ans qui présentait sur chaque main une absence du médius ; la difformité n'était pas la même des deux côtés et il n'y avait aucun autre vice de conformation sur le corps.

Sur la main droite, ainsi que le montre la figure, il y avait ectro-



dactylie du médius et brachydactylie de l'annulaire et du pouce. L'os transversal BC, situé entre le troisième et le quatrième métacarpien, représente la première phalange du médius ; ce fait est démontré par les anomalies des autres parties constituantes des doigts, lesquelles sont analogues à la déviation du système osseux.

La cause du vice de conformation a donc agi à la fois et de la même manière sur les différentes parties constituantes de la main et des doigts.

Sur cette même main, on remarque que l'extrémité C de l'os transversal est volumineuse et irrégulière, ce qui tient probable-

ment à la fusion avec la première phalange de l'annulaire atrophiée et représentée par le tubercule.

Sur la main gauche, il y a ectrodactylie au médius ; les autres doigts sont réguliers ; l'annulaire plus volumineux est fait par les troisième et quatrième métacarpiens.

Ces deux os sont un peu moins volumineux que d'habitude; ils se touchent par leur extrémité inférieure, sans qu'il y ait continuité de tissus, de façon que les deux têtes forment une surface articulaire, avec laquelle la première phalange de l'annulaire vient se mettre en contact.

Sur la main entière on voyait une *scissure profonde* entre l'index et l'annulaire, se prolongeant jusqu'entre les têtes des métacarpiens; de plus, le deuxième espace interosseux est plus considérable que de coutume. Cette disposition ressemble à la *pince de Noward* décrite par Girardin.

Les anomalies des tendons, artères, nerfs sont analogues aussi à celles que présente le système osseux. — Ce dernier peut donc, dans certains cas, servir de guide dans l'étude des vices de conformation.

La dissection de toutes les parties constituantes de ces deux mains a été faite avec soin, ce qui peut présenter un certain intérêt, au point de vue du développement de la main.

Mais les notions que nous possédons sur ce sujet sont très incomplètes; on sait qu'entre la cinquième et la sixième semaine se développe au milieu du bord libre de la palette palmaire un bourrelet digital qui présente quatre échancrures ; il y a une membrane interdigitale jusqu'au troisième mois de la vie embryonnaire ; le pouce est le premier libre.

Quant à ce qui se passe dans l'épaisseur du bourgeon palmaire, on ne le sait pas. On ne peut dire comment les cellules embryonnaires se différencient et se groupent pour former le squelette, les muscles, les vaisseaux et les nerfs.

Rupture de l'axillaire.

M. Verneuil. La lecture de M. Cras sur la rupture de l'axillaire dans la luxation de l'épaule me conduit à ajouter à ses observations un fait inédit.

Il y a vingt ans, je fus appelé par le Dr Cavasse qui me fit venir pour une femme de 60 ans, atteinte de luxation de l'épaule. Après le chloroforme la luxation fut réduite. Le lendemain, fort agitée, elle enleva son bandage. Cela fut fait plusieurs fois de suite. Au 20e jour, nous constatâmes que la luxation s'était reproduite. On refusa une nouvelle tentative de réduction. Nélaton fut appelé en consultation;

Nélaton conseilla la réduction. On appela Malgaigne, qui présida alors, longtemps après la luxation, à la réduction avec les moufles.

La réduction fut faite sans très grands efforts. L'appareil fut retiré 15 jours après.

Mais lorsque la malade voulut remuer le bras, nous constatâmes l'existence d'un anévrisme axillaire. Il est probable, dans ce cas, qu'il s'était fait une fissure artérielle, et l'anévrisme se développa plus tard au moment du retour des mouvements.

Cet anévrisme est resté sans faire grand progrès. La malade ne se servait guère de son bras. Un an et demi après, il existait sans grands accidents. Depuis j'ai perdu la malade de vue.

Le mode de cette rupture et l'indolence de la tumeur dans la suite sont remarquables. Cela atténuerait peut-être un peu le pronostic si grave donné par M. Cras.

M. Le Dentu. Je crois qu'il y a différence capitale entre un tel cas et celui d'anévrisme diffus immédiat communiquant avec l'articulation comme dans mon cas. Il y a une toute autre gravité et de toutes autres indications thérapeutiques de ces faits.

Rapport.

M. Polaillon fait un rapport verbal sur l'observation suivante :

Hernie inguinale congénitale. — Étranglement du sac par une bride fibreuse. — Opération. — Réduction sans ouverture du sac. — Guérison, par le Dr Dubourg, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Caillau (Jean-Marin), âgé de 14 ans, est atteint depuis son enfance d'une hernie inguinale droite, sur laquelle nous n'avons pu avoir que des renseignements assez incomplets. Il se rappelle seulement avoir toujours eu, dans le pli de l'aîne, une tumeur ovoïde, de la grosseur d'un petit œuf de poule, qui disparaissait assez facilement quand il la comprimait avec la main, mais reparaissait bientôt, sous l'influence de la marche, de la toux, ou de quelque effort. Il se rappelle aussi que jamais la tumeur n'est descendue jusque dans les bourses, que du côté droit, le scrotum est toujours resté flasque, vide, inhabité, le testicule gauche étant du reste parfaitement normal. Pas de maladies antérieures. Cependant ce n'est pas la première fois qu'il a eu à se plaindre de son infirmité. Sous l'influence de fatigues exagérées, d'un repas trop copieux, la tumeur devenait parfois le siège de douleurs assez vives qui l'obligeaient de prendre du repos : elle présentait alors un volume et une dureté plus con-

sidérables, était le siège de quelques coliques, et ne rentrait que péniblement, après des pressions réitérées de la part du jeune malade. Deux fois seulement, il se rappelle, à cette occasion, avoir eu quelques efforts de vomissement. Puis, tout rentrait dans l'ordre, et le malade n'y pensait plus.

C'est le 14 août, à 8 heures du soir, qu'il fut repris, sans cause appréciable, de ces phénomènes douloureux du côté de la tumeur, qui devint tout à coup très tendue, très sensible, et l'obligea de s'aliter. Il essaya en vain de faire rentrer sa hernie, comme il le faisait d'habitude. Vers 10 heures, des vomissements étant survenus, ainsi que de violentes douleurs du côté de la tumeur, on manda un médecin qui essaya inutilement le taxis, et conseilla de porter le malade à l'Hôpital des Enfants, où il fut amené vers 2 heures du matin. A ce moment, la douleur était extrême, le pouls petit et fréquent, la peau froide, le malade plongé dans un état de demi-somnolence d'où il était difficile de le faire sortir. L'interne de service, ayant constaté l'étranglement, essaya doucement le taxis, mais n'insista pas longuement devant la tentative infructueuse faite déjà, et, comprenant à la dureté et à la tension de la tumeur, qu'elle ne céderait que devant une intervention plus radicale, il se contenta de prescrire un cataplasme chaud laudanisé, des boules d'eau chaude pour réchauffer le malade, et une potion calmante.

C'est le matin, à 9 heures, que je vois le malade, par conséquent 13 heures après le début des accidents. Son état s'est sensiblement aggravé. Ce qui me frappe tout d'abord, c'est son *aspect cholériforme :* facies grippé, nez pincé, refroidissement général, pouls petit, fréquent, filiforme. Il a eu, depuis 5 heures, des vomissements, d'abord composés de matières alimentaires, puis bilieux, et enfin, en dernier lieu, presque fécaloïdes ; il y a eu également deux selles diarrhéiformes. Ces douleurs semblent très vives; et le malade, toujours plongé dans son état de somnolence, pousse des cris de douleur dès qu'on touche un peu la tumeur.

Celle-ci occupe les deux tiers inférieurs du pli de l'aîne (variété dite bubonocèle). Ovoïde, à grosse extrémité inférieure et interne, et présentant vers sa partie moyenne un léger étranglement. Son volume est à peu près celui d'un gros œuf de poule. Mais ce qui frappe surtout, c'est que le scrotum correspondant est complètement flasque, vide, et que le testicule droit n'est pas senti à la palpation, le gauche étant au contraire parfaitement appréciable et normal. Quant à la tumeur elle-même, elle est dure, résistante, très douloureuse, *d'une sonorité extrême* dans toute son étendue ; pas de ballonnement du ventre qui reste assez souple, peu douloureux, en dehors des limites de la tumeur.

En présence d'un tel état de choses, il n'était pas difficile de re-

connaître que nous avions affaire à une hernie inguinale étranglée et, vu sa sonorité, à une hernie intestinale pure. La forme de la tumeur, mais surtout l'absence du testicule dans le scrotum, qui reste vide et flasque malgré l'énorme tension de la tumeur, me font immédiatement songer à une *hernie congénitale*, accompagnée d'une ectopie testiculaire. Nous savons en effet que la hernie qui complique une anomalie, et surtout une ectopie du testicule, est presque toujours congénitale.

Restait à préciser le siège de l'étranglement. A ce moment, j'étais encore sous l'impression de la communication faite à votre Société par M. Trélat, au sujet de l'étranglement de la hernie congénitale, et des surprises qui nous étaient souvent ménagées à ce sujet. Sachant que tout le parcours du *conduit péritonéo-vaginal*, si bien étudié par Ramonède dans sa thèse inaugurale, pouvait présenter à un moment donné un point suffisamment retréci pour étrangler l'intestin, je n'hésitais pas à déclarer que nous pouvions avoir affaire à un de ces cas, où l'étranglement a lieu bien au-dessous du canal inguinal ou de ses orifices. D'autre part, n'y avait-il pas lieu de tenir compte de l'ectopie testiculaire elle-même? On a vu quelquefois le testicule rester appliqué contre l'anneau inguinal externe, fermer en quelque sorte le chemin à la hernie qui l'accompagne, devenant ainsi une cause d'étranglement qui résiste à tous les efforts du taxis.

Ces réserves étant faites, je me décidai sans plus tarder à l'opération. Bien que l'étranglement ne datât que de 13 heures, je me croyais d'autant plus autorisé à agir ainsi, que deux tentatives de taxis avaient déjà été faites inutilement; que, pour ces sortes de hernies, la temporisation est chose fâcheuse, l'étranglement étant presque toujours extrême d'emblée, et rapidement suivi d'accidents gangréneux; parce qu'enfin l'état du malade, qui présentait tout à fait le type de ce qu'on a appelé le *choléra herniaire*, dénotait un étranglement très serré, me traçant ainsi, sans qu'il y eut à hésiter, ma règle de conduite.

Toutefois, le malade étant chloroformé, je ne veux pas commencer l'opération sans m'être rendu compte de ce que pouvait donner une dernière tentative de taxis, et j'essaie doucement de réduire, en faisant tenir fléchie la cuisse du malade. Après quelques instants d'une compression douce et modérée, voyant que l'état de la tumeur reste toujours le même, je l'incise dans toute sa longueur, suivant le plus grand axe, sur une étendue de 8 centimètres environ. Inutile de dire que toutes les précautions antiseptiques ont été prises d'avance, et que j'opère sous le spray phéniqué.

Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, je trouve comme toujours plusieurs feuillets aponévrotiques qui sont

incisés sur la sonde cannelée. Mais à mesure que j'approche du sac, les deux lobes déjà signalés de la tumeur deviennent de plus en plus sensibles jusqu'à ce qu'enfin, le sac tout à fait mis à nu, ils apparaissent complètement séparés par une rainure profonde, au fond de laquelle je trouve une bride fibreuse épaisse, large et serrée, étranglant transversalement le sac en deux parties un peu inégales, l'inferieure un peu plus volumineuse que l'autre. Je pus alors avec le bec de la sonde cannelée, et en suivant doucement les parois du sac au niveau de la lèvre inférieure de l'incision, passer sous cette bride et l'inciser sur la sonde cannelée. Aussitôt nous vîmes le sac reprendre sa forme arrondie, unilobée; la tumeur devint un peu plus souple, et à peine l'avais-je malaxée quelques instants entre les doigts, en la poussant doucement dans la direction du canal inguinal, que je sentis peu à peu le paquet intestinal diminuer de volume, puis enfin rentrer totalement dans l'abdomen, en produisant un léger gargouillement. Sitôt après la rentrée de l'intestin, et à travers les parois du sac, je pus introduire l'index à la suite de l'anse herniée, et pénétrer facilement dans le trajet inguinal, très largement dilaté. Alors aussi je pus constater la présence du testicule droit, *sensiblement atrophié*, et accolé à la partie inférieure du sac, où il semblait fixé. Il était impossible de l'attirer plus bas, du côté du scrotum.

Je crus devoir arrêter là mon intervention, préférant condamner mon jeune malade à l'usage d'un bandage, plutôt que de lui faire courir les risques d'une opération plus grave, en tentant la cure radicale de la hernie. Le champ opératoire fut lavé à l'eau phéniquée, et la plaie réunie par huit points de suture superficielle au crin. L'écoulement sanguin ayant été presque nul, je ne mis même pas de drain à l'extrémité inférieure de la plaie que j'eus soin de ne pas réunir tout à fait en ce point. Puis pansement listérien habituel, ouate et spica légèrement compressif.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Les vomissements cessèrent immédiatement après l'opération, ainsi que les douleurs; il n'y eut, les jours suivants, aucune trace d'inflammation du côté de l'abdomen, qui resta souple et indolent. Seule, la petite masse représentant le sac herniaire fut le siège, pendant les trois premiers jours, d'un léger empâtement, avec sensation de froissement neigeux, indice d'un léger travail inflammatoire dans sa paroi interne. La réunion de la plaie était complète au quatrième jour, époque où j'ai enlevé les points de suture; la température était redevenue normale dès le troisième jour.

Toutefois, je fais garder au jeune malade un repos d'une quinzaine de jours au lit, ne voulant pas le laisser sortir sans l'avoir muni d'un bandage approprié. Pendant ce temps, j'ai continué une

légère compression sur la petite tumeur, à l'extrémité inférieure de laquelle on sent toujours le testicule. Trois semaines après l'opération, je puis faire appliquer un bandage qui paraît bien supporté, et le malade quitte l'hôpital dans les derniers jours de septembre.

L'observation précédente est un exemple de hernie congénitale dont la cause de l'étranglement diffère de celle qu'on observe d'habitude dans ce genre de hernie. L'évolution des accidents n'en a pas moins éte très rapide.

Comme cela est ordinaire dans les hernies congénitales étranglées, le taxis fut essayé sans succès, et M. Dubourg fut obligé de pratiquer l'opération sanglante. Arrivé sur le sac, il ne trouva pas l'agent ordinaire de l'étranglement des hernies congénitales, c'est-à-dire un rétrécissement du canal vagino-péritonéal, mais une bride fibreuse qui comprimait le sac et le divisait en deux lobes. Après la section de cette bride, le sac prit une forme gluleuteuse, et quelques pressions à sa surface réduisirent l'intestin. M. Dubourg borna là son intervention, « préférant, dit-il, condamner mon jeune malade à l'usage d'un bandage, plutôt que de lui faire courir les risques d'une opération plus grave. Il ferma donc la plaie par une suture, et la réunion ne tarda pas à se faire.

La conduite de notre confrere de Bordeaux a sans doute été fort prudente; je dirai même trop prudente. A sa place, je n'aurais pas hésité à ouvrir le sac, à l'exciser et à suturer profondément l'anneau inguinal, en un mot, à pratiquer la cure radicale de la hernie. Avec les moyens antiseptiques dont nous disposons, cette manière de faire n'aurait pas beaucoup aggravé l'opération, et n'aurait pu avoir l'immense avantage de guérir complètement le patient et de le soustraire à l'obligation de porter toute sa vie un bandage inguinal.

En outre, l'ouverture du sac aurait renseigné d'une manière précise sur l'état de l'intestin. Bien que l'étranglement fut récent, dans le cas particulier qui nous occupe, bien qu'il fût produit par une bride et non par un anneau comme cela est la règle dans les hernies congénitales, bien que, pour ces raisons, l'intestin fut probablement indemne, il aurait été plus sûr de s'en assurer *de visu*.

Quant à l'ectopie testiculaire, l'ouverture du sac aurait donné des notions précises sur les rapports et sur les adhérences du testicule avec les organes voisins. Elle aurait peut-être permis de le libérer, ou bien elle aurait montré la nécessité d'enlever un organe atrophié, inutile, et qui, ordinairement, ne peut supporter la question d'un bandage inguinal.

Au demeurant, l'observation de M. Dubourg est intéressante et mérite d'être conservée.

Discussion.

M. Berger. Ce cas soulève deux questions bien difficiles à traiter : cure de l'étranglement, cure de la hernie. On semble croire que ces hernies congénitales ne rentrent pas par le taxis. Cependant on obtient des succès. J'en ai vu un avec une hernie très étroite.

Dans ce cas de M. Dubourg, il y avait seulement treize heures d'étranglement ; je crois qu'il y avait lieu de faire une tentative de taxis soutenue et prolongée même un quart d'heure.

Je suis convaincu que cette tentative eut réussi, l'obstacle extérieur au sac étant peu de chose.

Quant à la réduction, je crois qu'il n'y avait pas lieu d'ouvrir le sac.

Mais la cure radicale.

Il ne faut pas oublier que la lésion des éléments du cordon est très facile dans cette opération de hernie congénitale.

Mais le testicule était en ectopie. Je crois qu'il eût été bon d'abaisser ce testicule, et, si on n'avait pas pu le faire, il aurait fallu faire la castration. Ce testicule en ectopie est un obstacle tel à la contention d'une hernie, qu'il est utile de l'enlever.

M. Richelot. Je crois que l'auteur aurait dû ouvrir le sac pour la cure radicale. Je crois qu'il faut toujours ouvrir le sac pour faire la cure radicale. J'ai un jour trouvé une anse dans un sac que j'hésitais à ouvrir.

J'ai toujours disséqué le sac dans les hernies inguinales, et cela sans difficulté.

M. Championnière. Je suis tout à fait d'avis que la dissection du sac peut entraîner de graves difficultés. C'est une pratique que j'ai toujours suivie, mais quelquefois ce n'a été qu'avec une opération très laborieuse. Il m'est même arrivé une fois de blesser le canal déférent. J'ai immédiatement enlevé le testicule, et j'ai eu une cure radicale excellente. Même le malade se refusa à porter un bandage, et je le vis après plusieurs mois bien guéri.

Non seulement je n'ai pas beaucoup regretté ce sacrifice que je n'avais pas d'abord cherché, mais toutes les fois que le testicule est en ectopie, je conseillerais de le faire systématiquement. C'est là le seul procédé pour obtenir la cure radicale. De plus, on sait que le testicule en ectopie n'a guère de valeur. Godart avait affirmé qu'il était stérile. M. Nepveu doit se souvenir comme moi d'un malade qu'il examina sur les instances de Broca dans son service. Ce

malade, barbu, vigoureux, avait les deux testicules en ectopie dans les aînes. Il avait trois enfants. Pour être éclairé sur la valeur de cette paternité, M. Nepveu examina le sperme. Il n'y avait pas trace de spermatozoïde.

C'est là une puissante raison pour enlever le testicule en ectopie. La cure radicale vaut largement le sacrifice d'un pareil organe.

M. Bouilly. Je voudrais savoir quel était le siège de l'étranglement, car ordinairement dans les hernies congénitales, il y a étranglement par le collet et non par une bride extérieure.

Je suis de l'avis du danger de dissection du sac dans ces cas. Une nuit, l'année dernière, dans le service de M. Lucas Championnière, j'eus beaucoup de peine dans cette dissection, et, consécutivement, il y eut une hémorragie; et, plus tard, une suppuration du sac, du bassin, et la mort.

Dans un autre cas encore, j'ai eu une hémorragie.

Je crois donc qu'il faut éviter ces tentatives de cures radicales pour les hernies congénitales, à moins qu'on ne se décide carrément à faire l'ablation du testicule en ectopie.

M. Nicaise. Je ferai remarquer à M. Richelot qu'il existe des faits qui ne permettent pas de douter des adhérences intimes du sac avec les éléments du cordon et de l'impossibilité où l'on est alors de tenter la cure radicale par l'ablation du sac.

Je cherche le plus souvent à faire la cure radicale, lors de l'opération de la hernie étranglée; mais, le plus souvent, elle n'est pas obtenue, il y a une récidive, ce que j'ai constaté chez plusieurs de mes malades; l'opération a seulement retardé la marche de la hernie et rendu sa contention plus facile.

Dans un cas qui répond à l'observation de M. Richelot, je n'ai pu enlever le sac, et j'ai dû employer un moyen particulier pour séparer sa cavité de celle du péritoine; j'ai fait une *suture de cloisonnement de sac.*

L'histoire de ce malade peut se résumer ainsi.

Hernie inguinale droite étranglée par vive arête. — Kélotomie. — Suture de cloisonnement du sac. — Méthode antiseptique. — Guérison.

M. J..., 77 ans, jardinier, entre le 13 novembre 1883 à l'hôpital Laënnec, salle Malgaigne, n° 12.

Cet homme, *depuis l'âge de 25 ans*, portait une *hernie inguinale droite* assez volumineuse; sauf cette infirmité, sa santé avait toujours été bonne et il ne présentait pas non plus de particularité notable dans ses antécédents héréditaires.

Grâce à un bandage approprié, sa hernie ne lui causait pas une

gêne trop grande. Cependant elle était volumineuse et souvent difficile à réduire. Au mois de janvier 1883, elle s'étrangla mais put être réduite, non sans peine, par le taxis.

Le 1er novembre, le même accident se reproduit; mais, cette fois, le malade parvient à rentrer sa hernie lui-même, et, pour quelques jours, tout rentre dans l'ordre.

Le 11 novembre, pour la troisième fois, sa hernie devient irréductible. Un médecin pratique le taxis sans resultat.

Le malade n'a de garde-robes ni le 11 ni le 12, cependant il rend encore des gaz par l'anus; il est pris de vomissements le 11; ceux-ci s'arrêtent le 12 pour reprendre le 13.

Il entre ce jour même à l'hôpital; on lui fait prendre un bain; on pratique le taxis, mais cette fois encore sans résultat.

Le 14 au matin, la hernie paraît à peu près dans le même état que la veille. Mais le malade continue de vomir. Cependant le facies n'est pas grippé, la langue est humide et rouge. La peau, comprimée entre les doigts, n'a pas perdu son élasticité. Le pouls est plein et fort. On peut attendre.

On prescrit un bain et de la glace intra et extra.

Je revois le malade le soir, son état n'a pas changé. Il n'a pas vomi depuis le matin, grâce à la glace prise intérieurement et à la diète absolue à laquelle on l'a soumis. Même irréductibilité que précédemment.

L'opération est pratiquée à 6 heures. On trouve, en incisant couche par couche, une *bourse séreuse* très développée au niveau de l'endroit qui supportait la pression du bandage, puis on ouvre le sac, dans lequel on aperçoit une anse *d'intestin grêle étranglée par vive arête*, en somme assez peu serrée, qu'on réduit facilement après de petits débridements.

Le sac est adhérent au scrotum et aux vaisseaux du testicule. Aussi l'ablation que je voulais en faire n'a-t-elle pas été possible; elle eût entraîné la castration, opération que je ne voulais pas faire dans ces conditions.

Ne pouvant pas faire l'ablation du sac, j'ai pratiqué alors l'opération suivante, qui devait conduire au même résultat, c'est-à-dire la suppression du sac.

Au-dessous de l'anneau inguinal externe, je suturai entre elles les parois opposées du sac, afin d'isoler celui-ci du trajet inguinal et d'empêcher l'intestin de redescendre dans les bourses.

Nous pouvons comparer les deux parois du sac, au dessous de l'anneau inguinal, aux feuillets d'un livre; près de l'angle de réunion des deux parois, j'introduis dans l'une d'elles, parallèlement à cet angle, une aiguille armée d'un fil de catgut fin, puis je la fais sortir à 6 ou 7 millimètres plus loin; l'aiguille est alors enfoncée en un point symétrique de la paroi opposée et ressort également

Paris, Société d'imp. PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 47.12.84. *Le Gérant :* G. MASSON.

après un trajet de 6 à 7 millimètres; les deux chefs du fil sont ainsi en face l'un de l'autre; ils sont liés ensemble; le premier point est placé. J'en place six les uns au-dessus des autres, du fond vers la surface. Ils forment une barrière, située au-dessous de l'anneau inguinal et disposée de telle façon que si l'intestin sortait il serait arrêté par cette suture et ne pourrait pénétrer dans le sac.

Celui-ci, dont la capacité est grande, descend jusqu'au fond de la bourse; je le perfore à sa partie la plus déclive pour y passer un drain, puis je fais la suture de l'incision faite au sac et à la plaie, en ménageant un espace en haut pour le passage d'un petit drain; un troisième drain est introduit dans le trajet inguinal, au-dessus de la *suture de cloisonnement* du sac.

La méthode antiseptique a été suivie; application d'un pansement de Lister.

Le malade prendra d'heure en heure 1 centigramme d'extrait thébaïque; à dix heures, injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

A 4 heures et demie du matin survient une garde-robe.

16 *novembre*. — Ablation du drain péritonéal, raccourcissemen du sac. La température n'a pas dépassé 37° depuis l'opération.

18 *novembre*. — Enlèvement des sutures de la peau. Raccourcissement du drain du sac.

22 *novembre*. — J'enlève les drains.

25 *novembre*. — La plaie est complètement cicatrisée. Le malade sort quelques jours après. L'intestin s'enfonce dans le trajet inguinal et vient faire une légère saillie au niveau de l'anneau inguinal externe, mais il ne pénètre pas dans le sac, même pendant la toux.

La suture de cloisonnement du sac a donc réussi à transformer ce service et à rendre plus facile sa contention par un bandage.

M. Richelot. Je crois que la hernie inguinale congénitale devrait être exceptée de ce que j'ai dit, cela ne s'appliquait qu'aux hernies inguinales non congénitales.

M. Trélat. Je demande que l'on constate que cette hernie, quoique congénitale, avait subi un mode d'étranglement ordinaire, mais non l'étranglement spécial qui résulte habituellement de la nature congénitale de la hernie. Cette constatation mérite d'être faite.

M. Polaillon. — M. Dubourg, qui a parfaitement étudié son malade, a bien soin de dire que l'étranglement n'était pas produit par

un resserrement du canal vagino-péritonéal, mais par une bride située en dehors du sac. Dans ce cas, il ne s'agissait pas du mode d'étranglement spécial aux hernies congénitales.

Quant à la question de savoir s'il faut faire, dans tous les cas, qu'il s'agisse d'une hernie congénitale ou d'une hernie acquise, la dissection et la résection du sac pour obtenir la cure radicale ; non, on doit évidemment se guider d'après les conditions cliniques. J'ai, comme mes collègues, rencontré des cas où le sac était tellement adhérent aux parties voisines, qu'on n'aurait pu le disséquer sans produire des désordres graves et sans compromettre les conditions de l'antisepsie. Dans ce cas, il faut se borner à le suturer profondément comme l'a fait M. Nicaise. Mais dans le cas de M. Dubourg, autant du moins qu'on en peut juger par les détails de l'observation, il nous semble que la cure radicale aurait été faite avec ou sans l'ablation du testicule.

Communication.

Tumeur fibro-cystique de l'utérus. Hystérectomie, par M. Terrier.

Les observations d'hystérectomie ne sont pas tellement nombreuses qu'il faille les laisser inédites ; de plus, elles offrent, en général, des particularités assez curieuses pour qu'il soit utile, non seulement de les publier, mais encore de les discuter. C'est dans ce but que je viens vous relater une nouvelle observation d'hystérectomie (ma 7e opération) qui a offert des incidents et des accidents dignes, à tous égards, d'attirer votre attention.

Voici le fait tel qu'il a été rédigé par mon élève et ami M. Hartmann, interne du service :

Tumeur fibro-cystique de l'utérus. Hystérectomie. (Observation recueillie par H. Hartmann, interne du service.)

Mme Ve Vital, née Saigues, âgée de 45 ans, couturière, demeurant rue Vincent-Compoint, 26, entre, le 3 novembre 1883, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit no 3, pour une tumeur abdominale. Depuis 12 ans environ, cette malade est sujette à des douleurs abdominales, rappelant celles de l'accouchement, survenant par crises, quelquefois dans l'intervalle des règles, lorsqu'elle se fatiguait un peu ou restait debout pendant un temps assez long, mais surtout marquées au moment des règles Il y a 5 à 6 ans, elle constata dans la fosse iliaque droite la présence d'une tumeur du volume d'une noix, roulant sous le doigt. Cette tumeur a, depuis cette époque, grossi graduellement et présente à chaque époque menstruelle un volume plus considérable que dans l'intervalle. De temps à autre, elle éprouve dans l'abdomen et au niveau du périnée

des douleurs telles qu'elle ne peut rester assise. En même temps surviennent des nausées, de la céphalalgie, des bouffées congestives à la face. Le tout dure quelques jours, puis la malade reste assez longtemps en repos. A trois reprises elle est entrée dans le service de M. Péan : une première fois, pendant 3 semaines à l'hôpital; une deuxième, pendant le même temps, et enfin une troisième fois, à sa maison de santé. Ce chirurgien refusa toujours de l'opérer en lui disant que « l'opération réussirait certainement, mais qu'elle n'était pas assez forte pour la supporter ».

Jamais de maladies graves.

Première apparition des règles à 10 ans et 1/2, puis suppression pendant un an; à partir de cette époque, menstruation régulière.

Mariée à 15 ans et 1/2, cette femme est accouchée à 17 ans, à terme, d'un enfant vivant; elle n'a jamais fait de fausses couches.

État actuel. — L'abdomen est volumineux, saillant en avant, asymétrique. Il offre une bosselure au niveau du flanc gauche; une autre, plus volumineuse, à droite de l'ombilic; une troisième, plus petite, à l'union de l'hypochondre droit et de la région ombilicale. La peau est un peu distendue, sans œdème, offrant dans toute sa moitié inférieure des vergetures qui datent peut-être d'une grossesse antérieure. L'ombilic est déplissé, non saillant. On remarque, sur les parties inférieures et latérales du ventre, un réseau veineux assez développé. Les veines se remplissent également bien dans les deux sens. A la percussion, on constate de la matité dans la plus grande partie de l'abdomen. Cette matité est limitée supérieurement par un contour irrégulier formé de plusieurs arcs convexes en haut; un, plus développé que les autres, empiète sur la région épigastrique et sur la limite de l'hypocondre droit; un autre, plus petit, s'étend jusqu'à la partie antérieure du flanc droit; à gauche, la matité se termine suivant une ligne à peu près verticale passant au-devant du tiers externe de la partie latérale de l'abdomen. Au palper, toutes ces parties sont remplies par une tumeur formée de plusieurs lobes volumineux, rénitents. En dehors de la limite de la matité, on trouve, à gauche, dans la moitié inférieure, en déplaçant une couche intestinale qui gargouille, la tumeur qui occupe toute la fosse iliaque de ce côté. Un lobe, du volume des deux poings, assez nettement séparé, se voit à l'union de la fosse iliaque droite et du flanc correspondant. Sensation de flot dans toute l'étendue de la tumeur; mais cette sensation n'est pas franche au niveau du lobe droit. La circonférence ombilicale est de 114 centimètres; de l'ombilic au pubis, 27 centimètres; à l'appendice xiphoïde, 26 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 28 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 29c,5.

Au toucher, le vagin est rempli par une tumeur volumineuse, arrondie, élastique. Le flot imprimé à la tumeur abdominale s'y transmet. Le col est très difficile à atteindre, il est porté en avant, immédiatement au-dessus des pubis.

Varices des membres inférieurs, datant de 5 à 6 ans, surtout marquées à gauche. Léger œdème, surtout à gauche.

L'état général est assez bon. Quelquefois, à l'époque des règles, la malade ne peut uriner ou urine goutte à goutte. Très souvent il lui arrive de rester toute une journée sans uriner, puis elle urine en très grande abondance et la miction est alors douloureuse. Constipation fréquente.

7 *novembre*. — Une ponction aspiratrice, faite avec l'appareil Potain sur la ligne médiane immédiatement au-dessus de l'ombilic, donne issue à 2 litres et 1/2 de liquide offrant les caractères habituels des liquides des tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, c'est-à-dire séreux et renfermant des globules blancs et du sang.

9 *novembre*. — Symptômes de phlébite légère du mollet, qui disparaissent trois jours après.

13 *novembre*. — *Opération d'hystérectomie*, par M. F. Terrier, aidé de MM. Périer, Just Championnière et Berger.

L'anesthésie, faite par M. Berger, fut difficile, vu les tendances syncopales de la malade, tendances qui se manifestèrent par des évacuations alvines répétées jusque sur le lit d'opération.

L'incision médiane sous-ombilicale saigne beaucoup, d'où la nécessité d'utiliser d'assez nombreuses pinces à pression. Le péritoine est rapidement ouvert et la tumeur apparaît, très lobulée. Une cavité kystique est ponctionnée avec le trocart muni de l'aspirateur, et on retire ainsi environ 3 litres de liquide séro-sanguinolent. Une pince à kyste obture l'ouverture faite par le trocart. La tumeur, volumineuse, adhère à gauche à la paroi abdominale et ces adhérences sont peu à peu détruites avec les doigts; d'ailleurs l'exploration avec la main permet de s'assurer qu'il existe de nombreuses adhérences postérieures et vers le bassin. L'incision abdominale est agrandie, en haut jusqu'au-dessus de l'ombilic, en bas jusque vers le pubis, en s'arrêtant immédiatement au-dessus de la vessie.

La tumeur peut sortir en haut, et on facilite cette sortie en ponctionnant et évacuant une poche à minces parois pouvant contenir 1 1/2 litre de liquide citrin. On constate alors que la tumeur a repoussé en haut le péritoine qui tapisse le bassin, et qu'elle arrive jusque sous le côlon ascendant et l'intestin grêle.

La lame péritonéale qui recouvre la tumeur est alors déchirée avec les doigts, et celle-ci est, peu à peu, séparée d'abord des intestins, ce qui nécessite l'application de trois à quatre pinces en T, puis de l'épiploon ; une pince en T est placée sur lui. Cette pénible dissociation est poursuivie des deux côtés de la tumeur, et on place de nombreuses pinces courbes ou en T sur les vaisseaux qui donnent. On arrive enfin à faire sortir toute la tumeur, qui est largement pédiculée, et entièrement confondue avec l'utérus, fibreux et hypertrophié. Il faut donc enlever cet organe.

Un trocart courbe et solide est passé en travers du corps de l'utérus puis une anse de fil de fer est placée sous ce trocart et serrée avec le ligateur Cintrat.

On peut alors réséquer la tumeur et l'utérus sans crainte d'hémorragie, ce qui fut fait. A ce moment, sur le côté droit de la tumeur, on

aperçoit un gros vaisseau sectionné et béant, qui ressemble quelque peu à l'uretère droite. Dans le doute, ses deux bouts sont fixés par une pince en T et amenés en dehors.

Une seconde broche courbe est passée, d'avant en arrière, sur le pédicule de la tumeur, au-dessous de la première transversale, et une deuxième anse de fil de fer est placée entre les deux broches et serrée avec le ligateur Cintrat.

La première anse de fil de fer est resserrée et définitivement arrêtée. Des ligatures au catgut sont placées sur tous les vaisseaux des adhérences qui ont nécessité l'application des pinces hémostatiques.

Toilette minutieuse de la cavité abdominale, remplie de caillots.

Suture de la paroi, au-dessus du pédicule, avec six points profonds en fil d'argent.

Le second fil de fer est serré de nouveau et arrêté définitivement.

Quant au gros vaisseau situé à droite, et dont les deux extrémités étaient fixées au dehors par des pinces en T, son bout supérieur libre fut introduit dans un orifice fait à la paroi abdominale antérieure, à 2 centimètres à droite et en dehors de la suture médiane. Deux petites artérioles qui l'accompagnaient furent liées au catgut. Le bout inférieur, pris dans les anses des fils de fer, fut lié, réséqué et abandonné dans le ventre.

L'opération, faite d'après les principes rigoureux de la méthode de Lister, dura une heure dix minutes.

La *masse enlevée* est formée de deux parties : une, latérale droite, constituée surtout par le corps hypertrophié de l'utérus; l'autre, latérale gauche, renfermant une partie polykystique.

La masse droite offre, sur sa partie latérale gauche, une surface de section comprenant le col et le bord gauche de l'utérus; cette surface de section répond au pédicule.

L'utérus, long de 13 centimètres et large de 15, présente une cavité dilatée ayant 10 centimètres de longueur.

Le bord supérieur droit de l'utérus est prolongé par la trompe, dilatée et hypertrophiée, trompe adhérente à la paroi latérale de l'abdomen et qui fut regardée pendant l'opération comme pouvant être l'uretère. Du reste, l'examen micrographique de la portion réséquée, fait par M. Doyen fils, interne des hôpitaux, confirma cette manière de voir.

Toute la paroi postérieure et latérale gauche de l'utérus est adhérente à la masse polykystique et ne peut en être séparée que fort difficilement. Cette masse polykystique gauche est surtout formée par trois kystes : un kyste supérieur, à parois très minces, ponctionné pendant l'opération et qui a donné issue à un liquide séreux; un kyste moyen, volumineux, ayant les dimensions d'une tête d'adulte, à surface interne rugueuse, villeuse, offrant des prolongements papillaires longs de quelques centimètres et à parois très épaisses, offrant des veines volumineuses, de véritables sinus, comme dans l'utérus. Ce kyste, très adhérent à la face postérieure de l'utérus, a aussi été ponctionné

pendant l'opération. Enfin, en dehors de lui, existe un autre kyste, présentant des cloisons incomplètes et renfermant un liquide filant, jaunâtre, d'aspect purulent. Les parois de cette poche sont minces et infiltrées de sels calcaires. D'autres masses kystiques, plus petites, renfermant du liquide gélatineux, sont interposées entre ces trois kystes principaux. La tumeur enlevée pesait 2,840 grammes; de plus, on avait évacué environ 3 1/2 litres de liquide.

En résumé, on avait affaire, très probablement, à une tumeur fibro-kystique de l'utérus.

13 *novembre*. — Soir, 38°,4; 92 puls.; 25 resp.; quelques douleurs abdominales. Une seringue de morphine en quatre fois.

14 *novembre*. — 37°,7; 88 puls.; 20 resp. le matin; 38°,4; 98 puls.; 20 resp. le soir. La malade a passé une assez bonne nuit. Une demi-seringue de morphine en deux fois.

15 *novembre*. — 38°,2; 92 puls.; 20 resp. le matin; 38°,4; 100 puls.; 20 resp. le soir. A 3 heures du matin, la malade a eu des étouffements, suivis de vomissements, jusqu'à 4 heures et 1/2. Une demi-piqûre de morphine. Pendant la journée, émission de gaz par l'anus.

16 *novembre*. — 38°,4; 88 puls.; 20 resp. le matin; 38°,5; 90 puls.; 20 resp. le soir. Une piqûre de morphine en deux fois.

17 *novembre*. — 38°,5; 92 puls.; 16 resp. le matin; 38°,7; 92 puls.; 20 resp. le soir. Une piqûre de morphine. On refait le pansement et l'on enlève deux fils profonds.

18 *novembre*. — 38°,6; 38°,8.

19 *novembre*. — 38°,2; 38°,4. Pansement. On retire une des broches et trois fils profonds.

20 *novembre*. — 37°,6; 37°,8. Pansement. On enlève un point de suture.

22 *novembre*. — 37°,2; 38°. La seconde broche est enlevée, ainsi qu'un fil de fer.

25 *novembre*. — La deuxième anse de fil de fer est retirée, en la sectionnant en deux points. Elle était entraînée dans l'abdomen. Jusqu'au 28 novembre tout va bien, la température reste normale; à ce moment survient de la fievre, suivie de quelques douleurs abdominales. La température monte à 38, 39 et 40°, et même, le 4 décembre au soir, à 40°,7, pour retomber, le 6 décembre, à 38°,3. A partir de ce moment, la courbe thermométrique est assez irrégulière. Le 9 décembre au soir, elle s'élève encore à 40°,1. A cette époque on trouve, à la partie supérieure de la cicatrice, une ulcération qui paraît répondre à l'ombilic; en bas, au niveau du pédicule utérin, existe une cavité dans laquelle on a placé depuis quelques jours un drain. Au fond de la partie droite de cette cavité ulcérée a lieu un écoulement d'odeur urineuse. En pressant sur la partie latérale droite de l'abdomen, on provoque sur ce point l'écoulement d'une certaine quantité d'un liquide qui a l'aspect d'une urine purulente; des injections détersives de bichlorure au 1/1000e sont faites chaque matin par le drain.

13 *décembre*. — La température retombe à 38°. Hier, la malade a vomi trois fois et a été prise d'une diarrhée abondante. L'écoulement

de liquide qui a lieu par la plaie est beaucoup moins abondant que les jours précédents. Aucune douleur à la pression de la région rénale. La malade se plaint de souffrir en urinant. Les urines sont troubles. Régime lacté.

14 *décembre*. — La région sacrée est légèrement excoriée.

15 *décembre*. — L'écoulement purulent qui se fait par la plaie n'a plus d'odeur urineuse. L'ulcération ombilicale, pansée à l'iodoforme, est en voie de cicatrisation; de même, l'ulcération latérale de la partie inférieure de la plaie.

17 *décembre*. — Expulsion par la plaie d'une masse d'un blanc grisâtre, ressemblant à du tissu sphacélé et imprégné de pus. Il ne coule plus d'urine par la plaie.

18 *décembre*. — De nouvelles masses, ressemblant à des grumeaux de pus concret, sont expulsées. Les excoriations du sacrum sont cicatrisées. La quantité d'urine s'élève et monte à 2,100 grammes. La malade dit que depuis trois semaines environ les injections faites dans le vagin provoquent un écoulement par la plaie abdominale, cela à certains moments seulement, quand on élève le siège au moment de l'injection, mais le fait n'est pas vérifié.

26 *décembre*. — Ce matin on fait, comme d'habitude, une injection détersive dans le drain. Cette injection provoque une douleur vive. Un quart d'heure après, la malade se met à uriner goutte à goutte, presque constamment, et chaque miction s'accompagne de cuissons très vives avant pendant et après. La malade, à ce propos, nous raconte qu'elle a déjà eu, pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération, quelques douleurs concomitantes de la miction, qui se sont calmées, puis ont repris au bout de quelque temps. Jusqu'ici elle n'avait pas jugé à propos de nous en parler. La suppuration qui a lieu par la plaie est toujours très abondante et odorante.

27 *décembre*. — Ce matin la malade va mieux. Une injection de lait faite par l'urètre ne passe pas par la plaie. Celle-ci est couverte d'une escarre. Il est probable que l'injection de la veille a été faite avec une solution caustique de chlorure de zinc au lieu du bichlorure de mercure au 1/1000e.

28 *décembre*. — La malade se lève un peu dans un fauteuil.

25 *janvier*. — Depuis le commencement du mois, la malade a fréquemment de la fièvre vespérale, des douleurs à l'épigastre, dans les reins et quelquefois des vomissements. Hier, à la suite de l'expulsion, par l'orifice de la plaie, devenu fistuleux, d'une grande quantité de pus, elle s'est sentie mieux.

28 *janvier*. — De nouveaux vomissements. On découvre une tuméfaction profonde du flanc droit.

8 *février*. — On sent, en déprimant fortement l'espace costo-iliaque droit, une rénitence profonde; la pression provoque en ce point une vive douleur; on sent également un gros cordon dur dans la fosse iliaque droite, et, en enfonçant fortement la main en ce point, on fait sourdre du pus par la fistule.

10 *février*. — Un cautère est placé dans l'espace costo-iliaque, immédiatement au-dessous de la 12e côte.

12 *février*. — Section de l'escarre ; flèche de Canquoin. Un deuxième cautère est placé à 2 centimètres en arrière du premier.

Pendant la première quinzaine de février, la tumeur devient plus superficielle. Le pus qui s'écoule par la fistule a une mauvaise odeur; aussi reprend-on les injections au bichlorure de mercure, momentanément remplacé par du chlorure de zinc. L'état général reste le même. Il y a toujours de temps à autre des ascensions de température précédées, accompagnées et suivies de polyurie, toujours précédées de rétention de pus et suivies d'une évacuation purulente abondante.

Pendant les dix premiers jours de mars, la température, qui, le matin, est de 38°, monte, le soir, à 39° ou au-dessus. Le 11 mars, on réussit à introduire profondément dans la fistule une sonde en caoutchouc rouge, n° 15; elle pénètre à une profondeur de 25 centimètres environ. En pressant sur la tuméfaction, on fait sourdre du pus par la sonde. Des injections de bichlorure de mercure sont alors faites deux fois par jour par la sonde. On laisse les cautères se cicatriser.

Du jour où la sonde a pu être introduite, la température est tombée à 37°. Au bout de huit jours, on s'est contenté d'un seul lavage par jour. Puis on a simplement retiré la sonde pour la laver tous les jours. La température a toujours oscillé entre 37 et 38°; deux fois seulement il y a eu une véritable ascension : l'une, jusqu'à 39°,9; l'autre, jusqu'à 40°. Dans les deux cas, la sonde était sortie, et n'avait pu être replacée immédiatement. La malade, depuis l'application de la sonde, ne souffre plus, ne vomit plus, reprend de l'appétit, engraisse et se promène un peu pendant la plus grande partie de la journée.

Elle demande sa sortie le 13 juin 1884.

Le 19 *juillet*, nous avons revu la malade, qui ne se plaint que de quelques douleurs de reins. Le trajet fistuleux, toujours fort long, loge une sonde en caoutchouc du n° 13 (Charrière), et qui pénètre à 25 centimètres de profondeur.

L'écoulement séro-purulent est très peu abondant, Mme V... l'estime à la valeur d'un dé à coudre en 24 heures.

L'état général est excellent et Mme V... s'estime fort heureuse du résultat obtenu, résultat qui, nous l'espérons, deviendra complet.

25 *octobre*. — Mme V... est bien portante et a notablement engraissé; le trajet fistuleux persiste toujours, sans d'ailleurs trop gêner la malade. Elle peut travailler de son état de lingère.

Réflexions. — On peut ainsi résumer cette observation :

Depuis 12 ans, Mme S... se plaignait de crises douloureuses, comparables à celles d'un accouchement, et cela soit dans l'intervalle des règles, soit surtout pendant celles-ci.

Ce n'est que depuis 5 à 6 ans, que la malade a senti sa tumeur; celle-ci grossit assez vite et donna lieu à des crises péritonitiques. Fatiguée de tous ces accidents, Mme S... entre deux fois à l'hôpital

Saint-Louis et une fois dans une maison de santé religieuse, dans le but de se faire opérer par M. Péan. Cette opération n'est pas facile ; elle réussirait bien, disait-on à la malade, mais elle ne serait pas assez forte pour la supporter.

Je vis alors Mme S... et la trouvai dans l'état suivant :

Ventre volumineux (114 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic), asymétrique, rempli par une énorme tumeur lobulée, qui descend jusque dans le cul-de-sac utéro-rectal. L'utérus est remonté derrière le pubis, attiré en quelque sorte en haut et en avant par la tumeur. L'état général est assez bon et les troubles produits par la tumeur se bornent à une constipation assez fréquente et en irrégularité dans la miction, qui tantôt est facile, tantôt devient difficile et rare. Une ponction exploratrice permet d'évacuer 2 litres 1/2 d'un liquide citrin rougeâtre, contenant surtout les éléments du sang ; d'où le diagnostic de *tumeur utérine fibro-kystique*. L'opération fut pénible vu le volume de la masse, ses adhérences à la paroi antérieure de l'abdomen, à l'épiploon, au bassin, et le refoulement en haut du péritoine, d'où les adhérences avec le côlon ascendant et l'intestin grêle. Cet isolement fort difficile de la tumeur effectué, il fallut faire un pédicule avec l'utérus hypertrophié, et à cet égard nous eûmes recours au procédé classique, le passage de deux gros trocarts jouant le rôle de broches disposées en croix et l'application de deux anses métalliques en fil de fer, serrées avec l'appareil Cintrat.

Un seul point de l'opération mérite d'attirer l'attention, c'est la crainte qu'on a eue d'avoir compris l'uretère droit dans les ligatures de fil de fer, et la précaution d'isoler le vaisseau de l'uretère, de le faire pénétrer de dedans en dehors dans la paroi abdominale et de le fixer à cette paroi, de façon que l'urine pût facilement s'écouler au dehors, quitte, ultérieurement, à pratiquer la néphrotomie.

Heureusement, dans le cas actuel, il s'agissait de la trompe hypertrophiée anormalement, ainsi que le démontra l'examen micrographique fait par M. Doyen, interne des hôpitaux. Comme on l'avait pensé, sa tumeur était constituée par des fibromes kystiques; c'était une tumeur fibro-kystique de l'utérus, pesant 2,840 grammes et renfermant 3 à 3 litres 1/2 de liquide, d'où le poids total approximatif de 6,300 grammes.

Les suites immédiates de l'opération furent des plus simples pendant les quinze premiers jours, toutes les sutures, les broches et les 2 anses des fils de fer étaient enlevées le 12e jour et la température était au-dessous de 38°, lorsque le 15e jour survinrent des accidents fébriles, et le 21e jour le thermomètre atteignait 40°.

Des douleurs de ventre se font sentir et bientôt on s'aperçoit

qu'il s'écoule de l'urine par la plaie du pédicule, urine d'ailleurs mélangée d'une notable quantité de pus. De plus surviennent des accidents de diarrhée et des vomissements. Vers le milieu de décembre, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après l'opération, l'état local et l'état général s'améliorent. Toutefois, il apparaît au niveau de la plaie des lambeaux ou plutôt des masses grisâtres, molles, formées par du tissu cellulaire sphacélé et imprégné de globules blancs, masses qui sont peu à peu éliminées par la sécrétion purulente.

L'origine de ces masses sphacélées nous a paru assez difficile à déterminer; toutefois il est probable qu'il s'agissait du tissu cellulaire péri-vésical, peut-être même de portion de vessie. Cependant une injection de lait faite dans la vessie par l'urètre ne revint pas par la plaie, et, malgré les assertions de la malade, les injections vaginales ne refluaient pas non plus par la plaie du pédicule. Vers la fin de 1883, Mme S... va mieux et peut se lever dans un fauteuil; à cette date, nous espérions sa prochaine guérison, il n'en fut pas ainsi.

Pendant le mois de janvier 1884, la malade fut prise d'accès fébriles de douleurs à l'épigastre et de vomissements. Ces accidents s'amendèrent sous l'influence d'une suppuration abondante du pédicule. Toutefois ils reprirent bientôt, et en février on constata dans le flanc droit, du côté du rein, une tuméfaction profonde et douloureuse, qui très certainement est l'origine des accidents fébriles signalés plus haut.

On applique dans le flanc deux cautères, dans le but d'établir une vive révulsion et d'enrayer la marche des accidents; mais ceux-ci persistent et la tumeur du flanc paraît communiquer par un trajet oblique en bas et en dedans avec la plaie du pédicule. D'ailleurs, en comprimant fortement cette région du flanc droit, il vient sourdre une plus grande quantité de pus au niveau du pédicule utérin. Après bien des essais, le 11 mars, on put introduire dans la fistule d'abord une bougie, puis une sonde en caoutchouc rouge n° 15 de 25 centimètres de longueur; des injections furent faites par cette sonde dans le foyer péri-rénal.

Dès ce jour, la température est tombée à 37°, cependant 2 fois en avril il y eut une élévation jusqu'à 40, mais dans les 2 cas la sonde à demeure était sortie et n'avait pu être replacée de suite.

Dès l'installation de la sonde, on laissa cicatriser les cautères, et on fit des injections antiseptiques, d'abord au bichlorure de mercure (1/1000), puis au chloral (1/100); puis ces injections, devenues douloureuses, furent supprimées et on se contenta de retirer la sonde quotidiennement et de la nettoyer dans une solution antiseptique de chloral.

Aujourd'hui, la malade garde toujours sa sonde, mais il ne s'écoule que peu de pus de l'abcès péri-rénal et l'état général est excellent.

Jusqu'à quelle époque devra-t-on conserver cette sonde à demeure? Telle est la question qu'il n'est pas facile de résoudre, et pour laquelle nous n'avons pas de précédent expérimental. Nous pensons que la sonde doit être laissée aussi longtemps que possible et que l'intolérance des tissus pourrait seule indiquer son retrait prématuré.

Présentation de pièce.

Polype fibreux de l'utérus à apparitions intermittentes définitivement rétrocédé dans la cavité utérine et fixé par des adhérences. Énucléation. Guérison, par le Dr S. Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine.

Obs. — Augustine F..., 28 ans, tisseuse, entre, le 14 octobre 1881, salle Saint-Louis, n° 16, hôpital Lourcine.

Réglée à 12 ans; pas de coliques, pas de leucorrhée.

Accouchée à terme à 16 ans. Suites de couches normales. A 18 ans, elle a eu les fièvres intermittentes, contractées dans son pays (Orne). Vers le milieu du mois de juillet 1881 apparaît une syphilide papuleuse qui amène, trois mois après, la malade dans le service du Dr Martineau. Elle y est traitée par des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammoniacal, puis par l'iodure de potassium, etc.

Mais d'autres accidents avaient déjà compromis la santé de la malade depuis 4 années environ. En effet, depuis cette époque les règles avaient été très abondantes. Bien que régulier, l'écoulement sanguin, au lieu de durer 2 à 3 jours, se prolongeait pendant 8 et 9, constituant ainsi de véritables ménorragies. Entre les époques, il n'y avait, au début, aucune perte de sang. A part quelques douleurs, localisées dans le flanc gauche, la malade n'a jamais beaucoup souffert.

Dans l'observation prise depuis le début du séjour à l'hôpital, et où l'on s'est surtout préoccupé de l'évolution de la syphilis, nous ne trouvons de renseignements au sujet du corps fibreux que depuis le 27 janvier 1882. On aurait ce jour-là constaté l'existence d'une tumeur dure au *niveau du col de l'utérus*. Après l'administration de l'ergot de seigle à la dose de 50 centigrammes et après une première séance d'électrisation, le polype se serait *rapproché de la vulve*, le col étant très dilaté.

Nous recueillons encore dans cette observation les renseignements suivants :

13 *mai* 1882. — Col aminci, polype proéminent, le doigt pénètre en haut dans le col et sent le point d'implantation ou d'adhérence du polype à la partie antérieure. En arrière, le polype est libre.

23 *juin* 1882. — Après des pertes abondantes combattues par l'ergot, l'hémorragie s'arrête. *Le polype est près de la vulve.* Douleurs expulsives.

Les jours suivants, le polype est moins apparent et l'état reste stationnaire.

9 *décembre* 1882. — On ne voit absolument pas le polype, le col, paraît légèrement entr'ouvert.

Vers le 15 mars 1883, douleurs expulsives, perte de sang abondante. Au toucher, on sent l'utérus volumineux, distendu ; le col, aminci, est rempli par la tumeur, qui dilate l'orifice selon les dimensions d'une pièce de 2 francs environ; l'index arrive sur la tumeur, qu'il sent dure, arrondie et prête à sortir, mais l'hystéromètre introduite entre le col et la tumeur montre que celle-ci est adhérente de toutes parts.

Espérant provoquer l'expulsion du polype hors de l'utérus, à l'aide de longs ciseaux courbes je débride le col des deux côtés jusqu'à l'insertion du vagin. Ergot de seigle, $1^{gr},50$.

Les jours suivants, perte de sang d'abondance moyenne, douleurs expulsives: la tumeur qu'òn ne sentait qu'à peine, semble se rapprocher, l'orifice utérin est beaucoup plus dilaté, et il est facile de sentir la tumeur avec le doigt et de la circonscrire au niveau du col. Le ventre est souple, état général bon.

Néanmoins l'état local restant le même, malgré l'administration quotidienne de l'ergot de seigle depuis quinze jours, on renonce à l'espoir de faire sortir ainsi le polype et on procède à l'opé ration le 4 avril 1883. Celle-ci est pratiquée, la malade étant couchée tantôt sur le côté gauche et tantôt sur le dos, selon les besoins de l'opérateur. Le col utérin est d'abord fixé à l'aide d'une pince *tire-balle.* La tumeur, sur laquelle est constamment appliquée la main gauche tout entière introduite dans le vagin et servant de guide aux instruments, est détachée des parois utérines à l'aide de longs ciseaux courbes, de *monénucléateur,* d'un long bistouri courbe, etc. L'implantation du pédicule paraît être sur le fond de l'utérus, vers la paroi antérieure de l'organe; on parvient à le rompre par des torsions prolongées. Lorsque la tumeur est détachée de toutes parts, elle est complètement emboîtée dans la cavité utérine, où elle roule sans pouvoir être extraite à l'aide des pinces des Museux qu'on y a implantées. Trop volumineuse pour franchir le col, elle nécessite de nouveau un débridement en avant et est ensuite *accouchée* avec un petit forceps appliqué au *détroit supérieur.* Son poids est de 150 grammes, son volume dépasse notablement celui du poing. L'opération a duré environ trois quarts d'heure. Il y a eu peu de perte de sang.

Les jours suivants, rien de particulier dans l'état de la malade, ventre souple, non douloureux. L'état général est bon. L'écoulement de sang, qui se continue le 1er et le 2e jour, est arrêté avec l'ergotine. Lavages

antiseptiques intra-utérins matin et soir, avec une solution phéniquée au 1/100.

9 *avril*. — La température de l'atmosphère n'est guère que de 12°, pas de feu dans la salle (baraque), assez mal close ; la malade a froid, frissonne ; on la fait passer, du service de M. Martineau, où elle était restée, dans le mien, le 10 avril 1883.

12 *avril*. — A midi, frisson très intense, tremblement généralisé, claquement de dents, le frisson dure deux heures ; immédiatement après, la température monte rapidement, sueurs abondantes, point de côté à droite de la poitrine, ventre sensible à la pression, augmenté de volume, vomissements qui se répètent deux ou trois fois ; le pouls est très fréquent.

13 *avril*. — Altération profonde de la physionomie, la respiration est gênée et augmentée de fréquence, le pouls est rapide et la température oscille entre 38°,6 et 39°,2. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression ; à la percussion de la poitrine, matité à droite, râles crépitants à la base, respiration soufflante. On diagnostique une pneumonie.

14 *avril*. — Même état, nausées, vomissements, diarrhée très forte, incontinence des matières fécales, les râles crépitants et le souffle persistant toujours à la base du côté droit ; il n'y a pourtant pas de crachats caractéristiques.

16 *avril*. — Même état, six sangsues sur le ventre du côté droit ; elles ont saigné abondamment, l'une d'elles ayant ouvert un vaisseau assez volumineux.

17 *avril*. — La malade est très prostrée ; elle se plaint beaucoup du ventre, qui est tendu et donne à la percussion un son tympanique. Pouls fréquent, petit ; la langue est sèche, chargée sur le milieu de matières noires, rouge sur les bords et la pointe. Deux ou trois vomissements dans la journée. Même état du côté du poumon. Pas de crachats. La diarrhée est toujours très forte et les matières s'écoulent presque incessamment.

18 *avril*. — Même état. La malade prend 3 potions de Todd par jour et 10 centigrammes d'extrait thébaïque. Vin de Bagnols. Les vomissements ont cessé, les râles crépitants et le souffle gagnent le sommet du poumon gauche ; délire pendant la nuit. Devant cet état grave, je me décide à employer un moyen énergique de révulsion que j'ai vu réussir plusieurs fois entre les mains de M. Nonat, contre les péritonites puerpérales. Je pratique, avec le couteau du thermo-cautère, une série de raies de feu sur toute la longueur du ventre.

Le 22 seulement, on constate une amélioration sensible. Facies meilleur ; la malade se sent beaucoup mieux. Ventre diminué de volume, moins tendu, dépressible, non douloureux à la pression. T. 38°. La diarrhée continue ; selles involontaires.

23 *avril*. — Le mieux se maintient. La température du soir monte cependant encore au-dessus de 39°.

26 *avril.* — Mieux très notable. Le ventre est presque revenu au volume normal; diarrhée bien moins intense. Bouillon, viande crue.

27 *avril.* — La toux devient fréquente; râles sous-crépitants des deux côtés, plus intenses à droite; selles moins nombreuses et volontaires.

5 *mai.* — La malade, encore très faible, peut être considérée comme convalescente; tous les symptômes morbides ont disparu.

Depuis lors, l'amélioration s'est rapidement accusée. Quand la malade est partie pour son pays, un mois après, elle était dans un état excellent général et local. L'utérus était complètement revenu au volume normal; les incisions du col étaient les seuls vestiges d'une maladie qui l'avait retenue près de deux ans à l'hôpital. J'ai eu de ses nouvelles trois mois après. La menstruation s'était régulièrement rétablie.

Je me bornerai à faire ressortir quelques points de cette observation :

Au point de vue de la *pathologie*, il y a là un exemple intéressant d'une variété rare de polype, et dont je n'ai pu retrouver un seul exemple dans les auteurs, sans doute parce qu'il n'est pas fréquent qu'un corps fibreux devenu aussi accessible que l'a été celui-ci ne soit pas enlevé de bonne heure. Les corps fibreux pédiculés *à apparition intermittente* sont bien connus, surtout depuis le mémoire du Dr Larcher. Mais généralement cette étape de la maladie est suivie d'une autre phase où le polype demeure et se développe dans le vagin. Ici, au contraire, bien que sa présence au-dessous du col ait été souvent reconnue (27 janvier 1882, 13 mai, 23 juin), il a cessé d'apparaître à un certain moment (examen du 29 décembre 1882), tout en continuant à donner lieu à des accidents. Il a *rétrocédé* pour ainsi dire, a été sans doute fixé par un travail inflammatoire et a accompli dans la cavité utérine l'évolution qu'il eût faite sans cela dans la cavité vaginale. Ces *adhérences* de la surface de la tumeur avec le vagin ou l'utérus ont été souvent signalées par les anatomo-pathologistes. Ici il était facile de les sentir avant l'opération en promenant une tige métallique entre la tumeur et les parois utérines. Sur la pièce que je montre à la Société, on en voit distinctement les vestiges, faciles à distinguer du point d'implantation du pédicule, au sommet de la tumeur. En ce dernier point est une surface déchiquetée et rugueuse; partout ailleurs la surface de la tumeur est lisse, bien qu'elle paraisse, par places, comme écorchée.

Au point de vue *opératoire* je signalerai l'utilité de l'*instrument énucléateur* que j'ai fait construire par M. Collin et qui peut être employé dans tous les cas d'énucléation véritable de corps fibreux interstitiels (procédé d'Amussat). Je le préfère à celui de Sims,

que j'ai figuré dans ma thèse d'agrégation sur l'hystérotomie en 1875. C'est une sorte de longue spatule, à bords mousses, légèrement courbée sur le plat de manière à agir obliquement sur les parois utérines, qu'elle ne pourrait perforer ni blesser. Cette courbure a été calculée de manière à n'être ni trop faible — ce qui rendrait son bénéfice illusoire — ni trop forte — ce qui rendrait la manœuvre difficile.

Enfin, je désire présenter une dernière remarque à propos des suites de l'opération.

Tout accident septicémique a pu être évité grâce aux injections d'acide phénique portées directement dans la cavité utérine deux fois par jour. Pendant 4 jours, tout va absolument bien. Le 5e jour, la malade, exposée au refroidissement dans une baraque mal close, contracte une pneumonie. Dès le troisième jour de celle-ci, c'est-à-dire *huit jours après l'opération*, surviennent des phénomènes abdominaux graves qui menacent la vie de la malade. Cette péritonite est-elle une simple coïncidence? Aucun lien ne la relie-t-elle à l'évolution de la pneumonie? N'est-il pas rationnel, au contraire, de penser que l'inflammation du poumon et l'état général grave qu'elle a entraîné a pour ainsi dire déterminé l'*intolérance* tardive du traumatisme utérin (*lieu de moindre résistance*) jusque-là si bien supporté par l'organisme sain ? Peut-on faire intervenir la théorie de l'*auto-inoculation* (Verneuil), et admettre que les matériaux phlogogènes puisés dans le poumon enflammé sont venus provoquer l'inflammation de l'utérus blessé et du péritoine pelvien ? Je pose ces questions sans les résoudre.

Notons en terminant l'effet héroïque des émissions sanguines abondantes et de la révulsion énergique produite par le fer rouge largement promené sur l'abdomen. J'ai la conviction que la malade a dû son salut à ce traitement en apparence si brutal.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

JUST CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 12 novembre 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° M. le docteur Gruby offre à la Société un volume intitulé : *Sociétés et matériel de secours aux blessés militaires ;*

3° M. Jeannel envoie une observation intitulée : *Amputation sous-astragalienne chez une cérébrale* (rapporteur, M. Pozzi) ;

4° M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) envoie deux observations:

a. *Polydactylie.* Amputation. Guérison.

b. *Bec-de-lièvre compliqué.*

(Rapporteur, M. Berger.)

Rapport.

Deux observations de thyroïdectomie présentées par M. Ed. Schwartz, par L.-G. Richelot.

Vous avez chargé deux commissions d'examiner les observations de goitres que M. le docteur Ed. Schwartz vous a présentées il y a quelques mois. Comme rapporteur, je viens vous rendre compte de ces deux travaux.

La première observation a pour titre : *Goitre unilatéral polykystique du côté droit simulant une tumeur indépendante du corps thyroïde; goitre migrateur; thyroïdectomie, guérison.* Il y est question d'une femme de 49 ans, qui portait une tumeur dans la région cervicale du côté droit, et commençait à souffrir de gêne respiratoire. Cette tumeur avait le volume du poing; sphérique, sans bosselures ni altération de la peau, bien limitée en dehors seulement, elle était située sous le sterno-mastoïdien sans y adhérer et ne suivait pas les mouvements du larynx. Elle durait depuis 20 ans, mais n'avait grossi qu'à partir de la ménopause ; à mesure qu'elle augmentait de volume, elle semblait se déplacer de haut en bas. Santé générale irréprochable

Le diagnostic était fort difficile. M. Schwartz, tenant compte des troubles respiratoires, d'une certaine raucité de la voix, de l'absence de limites précises du côté des voies aériennes, admit qu'il s'agissait d'un goitre unilatéral; en outre, la sensation de rénitence et de lobulation que percevaient les doigts appliqués sur la tumeur le fit penser à un goitre polykystique. Le siège du néoplasme et son apparente indépendance pouvaient être expliqués par son développement aux dépens d'une de ces thyroïdes accessoires décrites par Grüber, Luigi Porta et surtout Madelung (*Arch. f. Klin. Chirurgie*, t. XXIV, 1879, p. 71). Le fait de goitre accessoire dont parle M. Duplay dans son Traité de pathologie externe (t. V, p. 208), deux cas, cités par Madelung, où la tumeur avait un siège analogue, appuyaient cette manière de voir. Rien de plus simple que d'admettre l'allongement progressif du pédicule vasculaire et le glissement de la tumeur de haut en bas. De plus, d'après le travail de Madelung, les thyroïdes accessoires hypertrophiées sont le plus souvent kystiques; et deux ponctions exploratrices, qui donnèrent un peu de sérosité sanguinolente, semblaient ici confirmer l'existence de cette lésion.

M. Schwartz enleva la tumeur après avoir constaté l'insuccès des injections interstitielles de teinture d'iode. Ici, j'ouvre une parenthèse : les injections interstitielles ne réussissent pas toujours, mais souvent, dans les goitres parenchymateux et jeunes; elles y produisent un travail de résorpsion atrophique difficile à comprendre, mais indéniable. Pour ma part, j'en ai obtenu des effets certains, et récemment encore sur une jeune fille du service de M. Terrier à l'hôpital Bichat, dont l'hypertrophie thyroïdienne disparut, ou peu s'en faut, après quelques piqûres. Au contraire, le tissu squirrheux et les kystes colloïdes des vieilles hypertrophies n'en sont nullement modifiés, et c'est perdre son temps que de les employer dans de pareilles conditions.

La tumeur fut abordée par une incision de 12 centimètres suivant son diamètre vertical, et, comme elle était libre au milieu des tissus, elle fut énucléée facilement. Mais en dedans, elle tenait par deux pédicules vasculaires, que formaient les vaisseaux thyroïdiens supérieurs et inférieurs. Aucune adhérence ne la reliait aux voies aériennes ; après son extirpation, l'opérateur ne vit pas trace de substance thyroïdienne le long de la trachée et du larynx mis à nu. Ligature double et section des pédicules ; suture de la plaie, drain et Lister. Guérison du 6 au 25 novembre.

L'examen de la tumeur montra la dégénérescence polykystique. Cet examen et les détails de l'opération révèlent en même temps l'origine du néoplasme, développé non dans un lobule erratique de la thyroïde, mais aux dépens du lobe droit lui-même et surtout de

sa partie supérieure, où venait se jeter une artère thyroïdienne d'un volume exagéré. Il y avait absence totale de l'isthme thyroïdien; cette anomalie, qu'on a rencontrée un certain nombre de fois, explique l'indépendance et la migration de ce goitre unilatéral. Aucune des observations citées dans le travail de Madelung ne se rapporte à un cas analogue; on n'y voit que des tumeurs pédiculées, plus ou moins directement rattachées au système vasculaire, et paraissant développées oans des lobules erratiques. Ici, c'est la moitié même du corps thyroïde qui s'est hypertrophiée, et, par l'absence de l'isthme, a formé une tumeur indépendante, à siège anormal et ne suivant pas les mouvements du tube trachéo-laryngien.

La seconde observation a pour titre : *Goitre hypertrophique folliculaire bilatéral; troubles fonctionnels; thyroïdectomie totale, guérison.* J'en donnerai une courte analyse, pour n'insister que sur deux points intéressants, l'altération de la voix et la dyspnée post-opératoires.

Femme de 32 ans, goitre âgé de 8 ans et survenu à la suite d'une grossesse. La tumeur est dure, sans fluctuation, sans battements; elle envoie un prolongement derrière le sternum. A l'auscultation du larynx et de la trachée, on entend un souffle assez rude à l'inspiration. De plus, il y a depuis quelques mois des troubles respiratoires menaçants, et la malade en est assez incommodée pour demander l'opération avec instance. En chirurgien prudent, M. Schwartz voulut d'abord essayer le traitement iodé intus et extrà pendant cinq semaines. Puis, ayant pris la malade dans son service, il temporisa encore; mais devant les souffrances et les prières de celle-ci, devant les signes de compression de la trachée, devant l'avis formel que lui donna M. Tillaux, il finit par se résoudre à l'intervention sanglante. Je rapporte ces détails pour montrer que M. Schwartz a été sage; et il faut l'en féliciter, avec tous les chirurgiens qui ont su, depuis quelques années, résister à certains entraînements et ont eu la sagesse de ne faire la thyroïdectomie que devant des indications formelles. Bien leur en a pris; car ils n'ont pas maintenant à modifier leur pratique, à rengainer leur bistouri devant des complications et des suites physiologiques aussi fâcheuses qu'inattendues.

Dans l'opération faite par notre collègue, je note les détails suivants :

L'incision en U fut choisie. Capsule peu distincte, adhérente à la glande, énucléation pénible sur la ligne médiane. Double fil de catgut jeté sur les pédicules vasculaires. Adhérences très intimes avec la trachée sur une longueur de 6 centimètres; dissection avec

les ongles, le bistouri et les ciseaux. Trachée en fourreau de sabre. En tout, 20 ligatures.

Je laisse de côté l'examen de la tumeur, pour m'attacher aux suites de l'opération. La réunion superficielle se fit régulièrement; il y eut un peu de suppuration profonde, mais la température n'atteignit pas 39°. Dysphagie modérée. La malade, opérée le 27 novembre, se leva le 16e jour et fut envoyée au Vésinet dans les premiers jours de janvier.

Mais les phénomènes les plus curieux se passèrent du côté de la voix et de la respiration. Aussitôt qu'elle se réveilla du sommeil anesthésique, la malade voulut parler, mais sa voix était faible et comme éraillée, et cette aphonie incomplète persista. En même temps, elle avait de l'oppression et éprouvait souvent le besoin de faire des inspirations profondes. M. Schwartz la revit à la fin de janvier, et pria M. le docteur Poyet de l'examiner au laryngoscope : paralysie et immobilité absolue de la corde vocale du côté gauche. Séances d'électrisation sur le trajet des récurrents; disparition de la gêne respiratoire et amélioration progressive de la voix.

Aujourd'hui la guérison est achevée.

Messieurs, cette paralysie curable du larynx, après l'ablation du corps thyroïde, et l'*altération de la voix* qui s'ensuit méritent de nous arrêter. M. Poyet crut à la section du récurrent; mais M. Schwartz, qui n'avait pas vu les nerfs laryngés au cours de l'opération, et qui sur la pièce n'en avait pas trouvé de vestige, n'admit pas cette explication. Le même cas s'est présenté à moi, chez une malade dont je vous ai raconté l'histoire, et sur laquelle M. Terrillon fit un rapport le 16 novembre 1881; mais à cette époque, nous n'étions pas édifiés comme aujourd'hui sur la valeur de ce phénomène, et nous étions moins en mesure d'apprendre aux laryngologistes que les cordes vocales peuvent être absolument immobiles sans que nous ayons blessé les récurrents. Mon opérée eut une aphonie complète; au bout de six semaines, Krishaber constata l'immobilité absolue des cordes vocales. Il fit plus : il raconta le fait à la Société de biologie, et affirma, sans discuter, que j'avais coupé les deux nerfs. Dans la même séance, il gratifia M. Tillaux d'une section unilatérale (goitre exophtalmique opéré en 1880); mais rien de semblable n'est arrivé à M. Tillaux. Pour moi, comme j'ai fait la section bilatérale chez une autre opérée dont je vous parlerai bientôt, je tiens à n'avoir pas sur la conscience un double méfait. Or, un matin, à son réveil, Mathilde C... entendit sa propre voix, et bientôt l'aphonie avait entièrement disparu. Krishaber n'en fut pas ébranlé; il proclama la régénération des nerfs.

M. Terrillon, cependant, s'est montré plus difficile. Dans son

rapport, il rappelle que les récurrents ont été coupés un petit nombre de fois, mais il rejette leur blessure comme cause ordinaire de l'altération de la voix, admet le pronostic généralement bénin de l'aphonie, et garde sur l'explication du phénomène une réserve absolue.

La même question est examinée par M. Julliard dans son travail de la *Revue de chirurgie* (*trente et une extirpations de goitres*, août 1883). Notre collègue de Genève a éteint la voix d'une de ses malades par la double section des récurrents; mais un autre opéré, non moins aphone et mort le cinquième jour, avait les récurrents intacts. Les lavages phéniqués du foyer opératoire, la dénudation ou le tiraillement des nerfs, la section des rameaux qu'ils envoient à la thyroïde, expliquent assez bien les aphonies temporaires. De plus, il y en a qui sont secondaires et qui surviennent plusieurs mois après la guérison, sans doute parce que les récurrents sont pris dans la cicatrice. Enfin, l'altération de la voix peut exister avant l'opération, qui d'ailleurs n'y remédie en rien.

Je trouve des renseignements analogues dans la *Note sur vingt-deux opérations de goitres*, de MM. Jacques et Auguste Reverdin (*Revue méd. de la Suisse romande*, avril, mai et juin 1883). On y voit des raucités plus ou moins durables et des aphonies temporaires. Dans un cas, l'aphonie persiste au bout de 6 mois; l'auteur ajoute, page 266, « l'un des nerfs laryngés a été, sinon coupé, du moins fortement tiraillé au cours de l'opération, » et page 317, « il y a eu certainement section nerveuse, » mais rien ne le démontre. Une autre fois (obs. XV) « la voix est éteinte », l'opérateur se demande si c'est « faiblesse ou action sur le laryngé », et la malade meurt le jour même. Je réserve ce dernier fait, dont je m'occuperai tout à l'heure à un autre point de vue.

J'ai passé en revue tous les faits contenus dans un volumineux mémoire de M. Liebrecht, assistant à l'*Université de Liège* (*de l'excision du goitre parenchymateux, Bull. de l'Acad. royale de médecine de Belgique*, 1883). L'auteur a eu la patience de réunir les 322 observations jusqu'alors publiées. Je relève dans son travail les faits suivants : l'un des récurrents fut coupé par Dupuytren, Roux, Albert (d'Inspruck), réséqué sur une longueur de 0,04 par Mosetig (de Vienne) ; Schœnborn (de Kœnigsberg) coupa les deux nerfs à la fois sur deux malades ; Klein (de Stuttgard) crut avoir fait la double section, et Roux la section unilatérale. Une fois, Billroth trouva le nerf laryngé compris dans la ligature de la thyroïdienne inférieure; une autre fois, en présence d'une paralysie unilatérale de la glotte, il pensa avoir commis la même faute ; Wegner (de Berlin) le saisit dans une pince à glissière. Ajoutons une section unilatérale et une double section de Julliard (*loc. cit.*,

obs. 28 et 29), une double section qui m'est propre, le cas douteux et peut-être aussi l'observation XV de Reverdin. En résumé, voilà neuf cas bien authentiques où la section des récurrents a été vue et ne souffre pas discussion ; quatre cas où elle peut être admise mais non démontrée ; une ligature certaine, une autre supposée ; un pincement. Je ne connais pas d'autres exemples de lésion des nerfs laryngés par la main du chirurgien.

A côté de ces faits, on en trouve beaucoup d'autres où la même lésion est fort douteuse ou inadmissible, et cependant la voix est altérée. C'est un enrouement passager avec parésie d'une corde vocale ; un enrouement plus grave avec paralysie, et celle-ci persiste avec ou sans amélioration de la voix, au moment où le malade est perdu de vue, une paralysie avec aphonie incomplète et guérison constatée ; une aphonie complète guérie au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois ; enfin, après une aphonie complète, on a vu à l'autopsie les récurrents indemnes : tel paraît être le cas d'un auteur anonyme cité par Riedel, tel est celui de Billroth cité par Wœlfler, et nous devons y ajouter celui de Julliard que j'ai mentionné plus haut. Il n'en fallait pas tant pour établir que l'altération de la voix n'est pas liée fatalement à la section des laryngés inférieurs.

Cette opinion est celle de M. Schwartz. Après avoir résumé une observation de Riedel, où un simple lavage phéniqué provoque un enrouement subit et une dyspnée qui aboutit à la mort, il incrimine toutes les violences, petites ou grandes, dont le nerf peut être victime, tiraillements, déchirures interstitielles, et admet qu'une névrite localisée ou ascendante peut expliquer les faits dans lesquels les symptômes laryngés ont suivi une marche progressive.

Pour ma part, je pense que toutes les irritations du laryngé inférieur peuvent amener l'altération de la voix. En mettant de côté la section, qui donne des paralysies complètes et incurables, il reste : avant l'opération, la compression du nerf par le goitre, au besoin la névrite, dont la thyroïdectomie peut amender les symptômes, quoi qu'en dise Julliard et comme le prouvent des observations de Gussenbauer, Küster, Poland, Greene ; pendant et après l'opération, la contusion et le tiraillement, la névrite de voisinage, la compression par le tissu de cicatrice, et je ne vois aucun motif pour ne pas suivre le conseil de Julliard, qui essuie doucement la plaie avec une éponge au lieu de faire un grand lavage. Si nous ajoutons, pour ne rien oublier, la pure hypothèse de Michel (de Nancy), qui attribue l'enrouement à la section de la branche externe du laryngé supérieur, et l'exemple où Reverdin a constaté un défaut de parallélisme entre les deux cordes vocales, nous aurons la liste intégrale des causes possibles de l'aphonie.

Messieurs, il est un second phénomène, à côté de l'altération de la voix, qu'on a pas mis jusqu'ici en lumière, et sur lequel je veux attirer votre attention : c'est la *dyspnée par lésion du récurrent.*

Vous avez remarqué chez la malade de M. Schwartz, après la thyroïdectomie, une oppression permanente, avec besoin de faire des inspirations profondes. Ce n'étaient plus les accès de suffocation causés par le développement de la tumeur et survenant au moment des efforts ; c'était une autre forme de dyspnée, ayant les caractères d'un phénomène nerveux continu. Rien ne prouve que le nerf laryngé en fût responsable ; toutefois, je ne puis m'empêcher de remarquer la coïncidence de ce nouveau symptôme avec la paralysie d'une corde vocale, et je me trouve amené à poser la question suivante : existe-t-il une dyspnée post opératoire imputable au nerf laryngé ?

Tous les auteurs ont passé à côté de ce problème pour l'aborder de front. C'est que la dyspnée après l'excision du goitre a des causes multiples et dont l'analyse est fort difficile : la déformation de la trachée, son ramollissement décrit par Rose et presque nié par Kocher au douzième congrès de la Société allemande de chirurgie (avril 1883), la trachéo-bronchite, les complications pulmonaires, l'inflammation bénigne ou grave du tissu cellulaire du cou et du médiastin peuvent être invoqués tour à tour. Mais si la trachée est saine, s'il n'y a pas de catarrhe, si l'inflammation est nulle ou n'a pas encore éclaté ? On peut choisir entre tous les nerfs de la région et tous les réflexes dont ils sont capables. Or, examinons les onze cas où le récurrent fut certainement blessé : neuf sections, une ligature et un pincement.

Après la ligature de Billroth, il y eut dysphagie absolue, collapsus, mort en 48 heures, mais il n'est pas question de gêne respiratoire. Au contraire, le pincement de Wegner provoqua un violent accès de dyspnée. Si nous rapprochons de ce dernier fait l'observation de Riedel citée plus haut, nous pouvons en déduire que l'excitation du récurrent produit des phénomènes de spasme laryngien, et que, les constricteurs de la glotte dépassant les dilatateurs en nombre et en puissance, la dyspnée par tendance à l'occlusion est un symptôme des irritations du laryngé sans paralysie. Mais cette opinion ne s'appuie pas, dans l'espèce, sur l'observation directe, car Riedel ni Wegner n'ont examiné les cordes vocales. Toutes les fois qu'on fit usage du miroir laryngien après l'excision de la thyroïde, c'était pour cause d'enrouement ou d'aphonie, et jamais le spasme ne fut constaté, mais toujours la parésie ou la paralysie des cordes vocales. Or, la gêne respiratoire se concilie, dans les faits, avec cette altération paralytique de la voix ; elle n'en est pas la compagne obligée, elle est même aussi

rare que la dysphagie est fréquente ; cependant la coïncidence est notée au passage une dans observation de Billroth, dans la 16e et la 22e de Reverdin, et nous la retrouvons dans celle de M. Schwartz. De plus, si la dyspnée n'est signalée qu'une fois (malade de Roux) dans les sections unilatérales, elle l'est toujours, au contraire, dans les sections bilatérales : chez les deux opérées de Schœnborn, elle est immédiate ; chez celle de Julliard, elle survient au bout d'une heure et demie et dure jusqu'à la mort ; chez la mienne, elle commence pendant l'opération et finit de même après 36 heures.

En présence de ces faits, je croirais volontiers à deux formes de dyspnée post-opératoire : l'une par excitation des récurrents et spasme de la glotte, l'autre par section des mêmes nerfs et paralysie du larynx. Mais la question n'est pas si simple, car il peut y avoir, à côté de la section nerveuse, d'autres causes de dyspnée (ramollissement trachéal chez la seconde opérée de Schœnborn), et d'autre part, il n'est pas facile d'établir un rapport physiologique entre la gêne respiratoire et la paralysie des cordes vocales.

Krishaber niait absolument cette relation. Dans un mémoire lu en 1866 à la Société de Biologie, il attribue la dyspnée par lésion du récurrent, dans l'anévrisme de l'aorte, à l'excitation du nerf et nullement à sa paralysie, admise par les auteurs. Dans un examen qu'il a pu faire au moment d'un accès, il a vu le spasme laryngien et, de plus, il a noté qu'une excitation unilatérale produit toujours des effets bilatéraux, c'est-à-dire une occlusion complète, à cause de la disposition anatomique de l'aryténoïdien. Le nerf est-il paralysé ? alors la dyspnée, au lieu d'être intermittente, est continue et peu marquée, la glotte est béante et l'air circule librement. En 1880, nouvelle communication à la même Société : la section des laryngés inférieurs produit chez l'homme adulte les mêmes effets que chez les animaux adultes, aphonie sans troubles respiratoires ; si la compression amène à la fois l'interruption du nerf et l'asphyxie, les phénomènes sont dus à l'irritation du bout supérieur et au spasme de la glotte.

Il faut reconnaître que dans les expériences classiques de Legallois et de Longet, la section des récurrents produit la suffocation chez les très jeunes animaux, mais non chez les adultes. Nous sommes donc obligés, pour admettre chez l'homme la dyspnée paralytique, de passer à côté de ces expériences, et de dire que l'ouverture de la glotte paralysée est variable et peut se trouver insuffisante. Ces difficultés m'engagent à regarder de plus près les sections bilatérales que nous connaissons : chez une opérée de Schœnborn, la dyspnée paraît due au ramollissement des voies aériennes ; chez l'autre, les détails manquent et la malade guérit ; enfin, dans le cas de Julliard et dans le mien, la suffocation est im-

tense, progressive et rapidement mortelle; mais on trouve à l'autopsie l'un des nerfs coupés saisi dans une ligature. Voilà qui nous ramène aux affirmations de Krishaber, à savoir que l'asphyxie après interruption du nerf a pour cause l'irritation du bout supérieur, c'est-à-dire le spasme laryngien, et qu'une excitation unilatérale suffit pour fermer totalement la glotte; nous pensons à Wegner et à son pincement, à Riedel et à son irritation phéniquée; nous comprenons enfin pourquoi la dyspnée accompagne si rarement les sections sans ligature et les aphonies curables.

En résumé, il est possible que la section et la paralysie apportent quelquefois un obstacle à l'entrée de l'air dans les voies aériennes, mais cela n'est pas certain, et surtout il n'est pas démontré que cette forme de dyspnée soit jamais intense et grave pour la vie; tandis que des suffocations menaçantes (Wegner) ou mortelles (Riedel, Julliard, Richelot) ont suivi les irritations simples et les sections avec irritation du bout supérieur. C'en est assez pour nous montrer combien les récurrents sont dignes d'égards, et combien nous devons redoubler d'efforts pour les épargner; l'observation inédite que j'ai invoquée plusieurs fois va me servir d'exemple.

C'est un fait lamentable, qui déjà remonte à trois ans, et qui, à cette époque, m'a inspiré de sages résolutions. Une jeune fille de 20 ans (hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 70) portait au niveau de l'isthme du corps thyroïde une tumeur dure, très mobile, grosse comme une noix, ayant l'apparence d'un goitre accessoire muni d'un mince pédicule, et promettant une excision facile et sans danger. La glande elle-même paraissait hypertrophiée, mais peu saillante, et ce lobule détaché déformait seul la région. Il n'y avait ni douleur, ni symptôme alarmant, ni aucun trouble de la santé. La jeune fille réclamait une opération, et M. Le Dentu l'avait promise.

Quand le service me fut confié, après quelque hésitation, je me décidai à tenir la promesse, car il s'agissait d'une intervention de minime importance. L'opération fut faite le 27 août 1881 : incision convexe en bas, dissection du lambeau, mise à nu de la tumeur. Je m'aperçus alors que ce lobule, en apparence pédiculé, tenait à l'isthme par une large base et faisait corps avec une grosse hypertrophie de la thyroïde. Celle-ci, peu saillante au dehors, enserrait étroitement la trachée par ses deux lobes et semblait s'y attacher par des adhérences très intimes. Quel parti prendre? Fallait-il abraser la partie saillante et laisser presque toute la glande? A cette époque, nous n'avions pas les travaux récents et les comparaisons qu'on a su faire depuis lors entre l'ablation partielle et l'ablation totale. Je craignais la récidive, le progrès de

cette hypertrophie déjà volumineuse, ses rapports intimes et presque menaçants avec les voies aériennes. L'altération de la trachée, les accidents de suffocation dont il n'y avait pas trace, ne devaient-ils pas éclater d'un jour à l'autre? Bref, je fus entraîné à faire la thyroïdectomie. Aujourd'hui, je me garderais d'agir de la sorte, et je ne demande pour ma conduite d'alors que les circonstances atténuantes.

L'opération fut d'ailleurs assez simple : résection du lobule saillant, dissection des lobes latéraux, recherche des pédicules vasculaires, ligature en masse de ces pédicules avec l'aiguille de Deschamps. La tumeur est fendue sur la ligne médiane, et chaque moitié séparée de la trachée par une dissection minutieuse ; adhérences fibreuses très serrées ; la trachée a sa forme et sa direction normales. Environ trente ligatures au catgut ; hémorragie nulle. Suture de la plaie au crin de Florence ; deux tubes à drainage dans un orifice médian ; large pansement de Lister.

Mais voici où commence le désastre. L'anesthésie avait bien marché, la malade se réveillait, les ligatures étaient faites ; à ce moment, où le chloroforme n'était plus à craindre, elle est prise de suffocation, avec cyanose et asphyxie menaçante. Par les manœuvres d'usage, le calme revient, la cyanose disparaît, mais la respiration reste anxieuse.

Le lendemain matin, la plaie ne laisse rien à désirer, mais l'aphonie est complète et la dysphagie absolue ; toux grasse, continuelle et fatiguante, expectoration difficile, dyspnée sans interruption. La journée se passe ainsi ; à 8 heures du soir l'asphyxie se prononce, et au bout d'une demi-heure la malade est morte.

L'autopsie nous permet de constater l'intégrité absolue de la plaie et du médiastin, la trachée sans aplatissement ni coudure, les cartilages normaux, la pneumogastrique et les gros vaisseaux intacts. Les poumons sont congestionnés, les bronches remplies d'écume, et le cœur contient des caillots. Enfin, et c'est là le point essentiel, les deux récurrents sont coupés ; à droite il n'y a pas trace du bout supérieur, à gauche il est serré dans une ligature.

Cette jeune fille, qui avait une santé parfaite et des organes sains, n'est morte ni d'hémorragie, ni de lésions trachéales, ni de blessures de gros troncs nerveux, ni de complications inflammatoires. Elle est morte asphyxiée en trente-six heures, et la seule cause visible de sa mort est l'injure faite aux récurrents. Section ou ligature, paralysie ou spasme de la glotte ? Sur ce point j'ai dit mes préférences.

Et maintenant, j'inscris au passif des récurrents une autre observation, la 28e, de Julliard, déjà citée. C'est une femme de 33 ans ; elle est aphone après l'opération ; au bout d'une heure et demie

elle s'agite, elle crache, elle se plaint de manque d'air, elle trouve son pansement trop serré ; la respiration se précipite, et trois heures plus tard elle meurt cyanosée. A l'autopsie, on trouve un liquide spumeux et sanguinolent dans les bronches, quelques ecchymoses dans le poumon et sous les plèvres; les deux récurrents sont coupés, le gauche est pincé dans une ligature avec un paquet de vaisseaux; les pneumogastriques, non blessés, sont enveloppés d'une forte suffusion sanguine. « S'il n'y avait eu, dit l'auteur, que la section des récurrents, la malade eût survécu avec de l'aphonie. Je considère qu'elle est morte d'accidents cardiaques et pulmonaires dus à la paralysie des pneumogastriques, comprimés ou irrités par la suffusion sanguine. » Voilà une interprétation qui n'est pas irrationnelle, mais je doute qu'elle soit suffisante. L'auteur oublie sa ligature et n'y attache aucune importance. Chez mon opérée, l'autopsie est à peu près identique, les accidents et la fin sont les mêmes et il n'y avait rien sur le trajet des pneumogastriques; je ne crois donc pas m'avancer outre mesure en contestant le rôle de la suffusion sanguine et en attribuant l'asphyxie au récurrent.

Voici, d'autre part, l'observation XV, de Reverdin. L'opération est pénible; adhérences très étendues à la trachée; dyspnée subite et menaçante pendant la dissection. Après un pansement provisoire, la malade est portée dans son lit; la voix est éteinte, le pouls misérable, accéléré, la respiration difficile, incomplète, très rapide, l'agitation extrême. Après une amélioration passagère, on veut compléter le pansement vers cinq heures de l'après-midi; aussitôt la dyspnée se réveille très intense; râle trachéal, cyanose, mort au bout de vingt minutes. Il n'y a pas de sang dans la plaie; la trachée n'est point affaissée; mais au début de la crise dyspnéique, le membre supérieur gauche a été pris de contracture, et après un lavement de bromure de potassium, la contracture a cessé en quelques minutes. Malheureusement, l'autopsie manque. A défaut d'épanchement sanguin et de lésions trachéales, l'auteur attribue la terminaison funeste à la tétanie, et rappelle que cette complication, sur une dizaine d'exemples, a deux fois été suivie de mort. Mais il est visiblement embarrassé pour rattacher tout l'appareil symptomatique de sa malade à une contracture aussi passagère. Il me semble que ce phénomène a bien peu d'importance auprès de la suffocation qui éclate pendant l'opération et amène l'asphyxie en quelques heures. L'autopsie n'ayant pas eu lieu, je ne puis rien démontrer; mais en l'absence de suffusion sanguine et de sténose des voies, peu satisfait par l'hypothèse d'accidents réflexes d'origine et de nature indéterminées, je note le début soudain de la suffocation pendant la dissection des adhérences, l'aphonie post-opératoire, la marche de symptômes très analogue à ce qu'elle fut chez mon opé-

rée, et je conclus, sous toutes réserves, à la section des récurrents, aggravée de quelque irritation du bout supérieur. Ici, bien entendu, je donne mon interprétation pour ce qu'elle peut valoir.

La discussion et les exemples qui précèdent nous conduisent à formuler la proposition suivante, au sujet de l'altération de la voix et de la dyspnée post-opératoire : si l'opération a été faite avec prudence et les récurrents épargnés, n'ayez pas peur de l'aphonie qui succède à l'excision du corps thyroïde; neuf fois sur dix elle guérira. Mais à tous prix ménagez les récurrents; leur blessure n'est pas seulement la cause d'aphonies incurables, elle peut amener des accidents mortels.

A l'époque de mes deux opérations, j'en étais à la thèse de Boursier (*De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde*, agrégation 1880). Ce n'est plus là qu'il faut chercher pour avoir le dernier mot du manuel opératoire. Je pensais bien faire en courant aux quatre pédicules, et en passant un fil au-dessous d'eux avec l'aiguille de Deschamps. Mais les rapports intimes de la thyroïdienne inférieure avec le laryngé, qui passe devant ou derrière elle ou même l'enlace en spirale (Woelfler), exige une dissection plus attentive. Avec l'instrument hémostatique par excellence, le seul qui ne trahisse jamais, le bistouri aidé de la forcipressure, la ligature préalable des pédicules ne sert à rien. Il faut aller devant soi pas à pas, isoler chaque vaisseau, chaque parcelle de tissu, et ne jamais lier en masse. L'énucléation, l'évidement de Kocher, ne sont pas toujours praticables ; on trouve des capsules peu distinctes ou grandement modifiées ; mais il est toujours possible de se tenir au plus près du tissu morbide et de ne rien couper qu'à bon escient.

Deuxième et dernière conclusion. La thyroïdectomie est excellente, et sa valeur n'est plus à discuter ; mais, quand on passe en revue les observations et qu'on assiste aux alertes graves ou aux accidents mortels qui suivent les opérations les mieux conduites : collapsus, mort subite, asphyxie, médastinite suppurée, complications pulmonaires ; quand on songe enfin à ces troubles inattendus et bizarres: œdème, pachydermie, cachexie et crétinisme, qui sont la suite éloignée des extirpations totales, et qui ont fait dire : « l'intégrité des fonctions de la thyroïde est d'une importance majeure pour que le corps et l'intelligence se développent normalement dans la jeunesse et se maintiennent chez les adultes [H. Cl. Lombard, Sur les fonctions du corps thyroïde d'après des documents récents (*Revue médicale de la Suisse romande*, novembre 1883)], on est frappé de la responsabilité qui s'attache à un acte aussi gros de conséquences, et on prend la ferme résolution de ne rien entreprendre sans indications formelles et sous la seule garantie de la

méthode antiseptique. N'est-il pas étonnant que sur 322 malades on ait fait l'opération 30 fois pour des « motifs d'esthétique » ou sur le « désir du patient », et que chez 80 autres on n'ait même pas mentionné les raisons d'intervenir, c'est-à-dire que dans un tiers des cas l'opération semble mal justifiée? N'a-t-on pas le droit, devant ces chiffres, de blâmer le besoin d'opérer qui, surtout hors de France, entraîne quelques chirurgiens ?

Nous aussi, avec les Dupuytren, les Roux et les Velpeau, nous avons eu notre âge d'enthousiasme opératoire. L'ardeur s'est un peu éteinte, et la prudence de l'âge mûr est arrivée; la chirurgie française avait fini son éducation. Est-ce à dire qu'elle n'avait plus rien à apprendre ? Non certes; et à part quelques esprits fermés, elle a su accueillir les bienfaits de la méthode antiseptique, étendre les limites de son intervention, et en même temps diminuer le chiffre de ses morts. Mais, tandis que la puissance des nouveaux moyens de préservation lui donnait un surcroît de hardiesse, instruite par son passé, elle n'a pas voulu quitter la voie où des instructeurs l'avaient mise; elle a gardé ses traditions de sagesse en adoptant l'outillage moderne, si bien qu'il faut dire, pour peindre d'un mot l'esprit qui nous dirige : opérateurs mieux armés qu'autrefois, nous sommes et nous restons des pathologistes.

La réforme des pansements est venue saisir les pays d'Outre-Rhin dans leur enfance chirurgicale; c'est Lister qui leur a mis le bistouri à la main. Comme tous les néophytes, ils ont voulu qu'on les appelât des forts ; et bientôt parurent dans les journaux et dans les revues des listes de faits que nous pensions être rares, d'opérations qui nous semblaient utiles une fois par hasard, et dont le génie aventureux de l'Allemagne multipliait les indications. De leurs travaux et de leur zèle resteront des marques sérieuses; aussi ne faut-il pas, quand ils opèrent sans mesure, les critiquer sans indulgence.

Le reproche d'intempérance chirurgicale s'appliquerait à la Suisse moins qu'à tout autre pays, bien qu'elle nous étonne depuis quelques années par ses innombrables thyroïdectomies. En Suisse, les occasions légitimes d'opérer le goitre sont fort nombreuses; de plus, M. Kocher (de Berne) est un clinicien des plus distingués; enfin, nos confrères de Genève, MM. Reverdin et Julliard, dans leurs excellents mémoires, ont fait preuve d'une véritable prudence, et ont très bien su nous dire qu'ils ne prennent le bistouri que si la maladie est progressive et menaçante, et après l'échec du traitement iodé.

Il n'en est pas moins vrai que, depuis la remise en honneur de de cette opération, plusieurs ont pensé que l'ablation du goitre allait devenir une opération courante. Et maintenant on s'arrête, en voyant les opérés devenir idiots. Voilà que le corps thyroïde,

qui passait pour inutile, a une influence décisive sur le développement du corps et de l'intelligence; il devient un organe respectable, dont l'extirpation totale mène au « crétinisme opératoire ». Les chirurgiens Allemands vont peut-être hésiter comme de simples Français.

A moins que, poursuivant la tentative de Kocher, ils n'espèrent guérir les malades crétinisés en introduisant un fragment de thyroïde fraîchement excisé dans le tissu cellulaire du cou; ou bien faire passer dans le domaine des faits cliniques les résultats obtenus par Schiff sur le chien [Résumé d'une série d'expériences sur les effets de l'ablation des corps thyroïdes. (*Revue médicale de la Suisse romande*, février, août 1884)]. Cet animal meurt quand on le prive à la fois de ses deux glandes; il survit à leur ablation successive; il survit encore si, avant l'extirpation totale, on introduit dans l'abdomen un corps thyroïde de la même espèce animale pour le greffer sur le péritoine. La greffe ne réussit pas ; mais, tandis que la glande abdominale se résorbe, le chien s'habitue à la privation de ses thyroïdes. L'auteur propose, afin de prévenir les dangers de l'opération, d'administrer la substance thyroïdienne sous forme de clystère, expérience « qui pourrait offrir un intérêt pratique ».

Pour nous, Messieurs, nous continuerons à faire la thyroïdectomie, totale s'il le faut, partielle si nous pouvons, sans abus comme sans frayeur exagérée. Nous l'avons acceptée avec mesure, traitée en hommes réfléchis, et, dans cette question comme ailleurs, la France n'a rien perdu à rester le pays de la critique et du bon sens.

Je vous propose de déposer dans nos archives les deux observations de M. Schwartz, en lui adressant des remerciements. Elles auraient mérité d'être insérées *in extenso* dans notre *Bulletin*, si je ne m'étais laissé entraîner à en discuter longuement les principaux détails.

Discussions.

M. Terrillon. J'ai opéré, il y a six semaines, une fille de 40 ans, de santé médiocre, qui vit se développer une grosseur dans le corps thyroïde. Elle avait le volume du poing il y a six semaines. Elle se mobilisait avec le larynx. Elle déviait la trachée à gauche avec un peu de développement derrière le sternum.

Le diagnostic était douteux, je penchais vers une tumeur maligne. Cependant je me décidai à faire l'opération, j'arrivais sur la tumeur, je l'énucléai en partie et je pus arriver sur les pédicules. Il y eut une quarantaine de ligatures. Il n'y avait pas d'adhérence à la trachée. Je n'ai certainement pas été dans le voisinage du nerf laryngé. On ne maintint pas la chloroformisation tout le temps pour éviter tout accident de ce côté. Il n'y eut pas d'accidents opératoires, deux tubes firent le drainage.

La nature de la tumeur était bien celle du sarcome; mais la tumeur fort heureusement était encapsulée. Immédiatement la voix devint rauque. Depuis, la raucité de la voix a diminué, mais n'est pas disparue. Les suites furent très simples. La réunion fut immédiate. Une fistulette s'est produite au bout de huit jours. Probablement il y aura élimination d'un fil.

Je ne crois pas qu'il y ait aucune tendance à la reproduction qui motive cette fistule.

M. Championnière. J'ai opéré au mois d'août dernier une femme qui portait un goitre volumineux, presque les deux poings, et cette opération, quoique faite pour un cas très grave, m'a paru présenter quelques conditions un peu plus favorables que celles signalées dans le rapport.

Il s'agissait d'une femme de 58 ans, d'assez bon aspect, mais ayant eu pourtant, quatre ans auparavant, une hémiplégie qui lui avait laissé du ptosis de la paupière droite.

Ce goitre, qui avait un volume supérieur à celui d'un poing, avait refoulé complètement la trachée à droite, et s'était profondément développé derrière le sternum. La malade avait la respiration gênée, surtout la nuit, la voix un peu rauque, et se trouvait très gênée par le volume de la tumeur toutes les fois qu'elle voulait baisser la tête.

Elle était très désireuse d'une opération, cette lésion la rendant incapable de tout travail. Elle avait consommé sans succès d'énormes quantités d'iodure de potassium.

L'opération ne fut pas très longue, 45 minutes, les ligatures au nombre de 25 ou 30. J'avais eu soin de suivre le conseil donné dans l'excellent mémoire des deux Reverdin; très grande incision du menton empiétant beaucoup sur le sternum, inciser absolument jusqu'à la substance thyroïde.

La véritable difficulté d'ablation de la tumeur qui s'énucléait bien en bas et sur les côtés, fut dans l'adhérence intime à la trachée. C'est là que sont les dangers de l'opération. C'est aussi lors de ce temps que les accidents respiratoires se produisirent, et cette fois, ils étaient très nets.

Cependant, j'ai cru devoir donner le chloroforme tout le temps; c'est une pratique ennuyeuse sans doute, mais il me paraît sage de la suivre jusqu'au bout.

La tumeur enlevée, il y avait une cavité énorme; une partie de la main disparaissait derrière le sternum; le lavage abondant de cette région était effrayant.

La suture faite, deux de mes drains de caoutchouc durci étant

placés, la guérison fut rapide, puisque je pus faire photographier la malade le sixième jour.

Ce que l'on peut affirmer, en ce qui concerne les récurrents, c'est que l'on doit suivre le tissu de la glande immédiatement pour faciliter l'opération et éviter le récurrent. Mais c'est une précaution qui ne peut pas garantir ; les nerfs peuvent être tiraillés et même coupés malgré toute précaution, et ce n'est pas intentionnellement qu'on les enlève habituellement.

Mais les accidents même appartiennent-ils bien aux récurrents, cela n'est pas nécessaire. Ma malade a trop vite guéri pour qu'on pût bien trouver quelque chose de semblable. Cependant elle aussi avait eu des troubles dyspnéiques, de la raucité de la voix, le tout disparu rapidement il est vrai, mais assez explicable par le volume, les connexions de la tumeur avec la trachée et les transformations brusques qui suivent l'opération.

En somme, on agit avec le plus de précautions possibles, mais il est difficile de dire à l'avance qu'elles sont les lésions que l'on produira. Le conseil donnés par les Reverdin, de suivre le tissu de la glande, est capital, et j'y insiste, comme donnant la meilleure garantie et l'opération la plus rapide. Avec une bonne antisepsie, les guérisons surviennent habituellement plus vite que dans les faits qu'on nous a signalés.

M. Ledentu. La difficulté de diagnostic signalée par M. Terrillon est fréquente. Il y a un signe qui, je crois, peut rendre service et qui avait été déjà signalé par Nélaton. Douleurs irradiées à distance très intense, poitrine, tête, tempes, dans le cas de cancer. J'ai vu récemment une malade qui avait depuis six semaines seulement des accidents locaux peu marqués. Je diagnostiquai cancer du corps thyroïde en me fondant sur la présence de douleurs très vives irradiées jusque dans la mâchoire supérieure. La maladie a marché d'une façon foudroyante, la malade est morte depuis.

M. Terrier. Le signe rappelé par M. Ledentu n'existe pas toujours. J'ai opéré partiellement un cancer du corps thyroïde qui ne présentait aucune de ces douleurs. Le malade était du reste diabétique. Peu après il s'est éteint. C'était chez lui l'asphyxie, sans douleurs irradiées, dont il se plaignait ; je l'avais laissé endormi tout le temps de l'opération, et cela d'autant plus volontiers que je donne le chloroforme, même dans la trachéotomie, il calme des accidents de suffocation.

Je crois que le phénomène douleur se rattache plutôt à la rapidité d'évolution qu'à la malignité de la tumeur. Il se passe ce qui se passe dans les injections interstitielles du corps thyroïde, qui sont

très douloureuses à cause de leur brusquerie de distension du tissu.

M. Berger. Le diagnostic en question est très difficile. Rose pense que lors de goitre vrai les premiers accidents appartiennent à la dyspnée.

Dans le cancer, les accidents du côté de la déglutition sont les premiers.

Ce diagnostic, très difficile, est fort nécessaire puisque pour la plupart des auteurs le cancer n'est guère opérable.

Quant aux injections interstitielles elles ont donné des accidents si violents qu'on les a abandonnées.

M. Richelot. Je crois qu'il y a des cas où on ne peut éviter la section des récurrents.

Quant aux accidents des injections, je les crois beaucoup plus rares que M. Berger ne l'a dit, au moins en ce qui concerne les injections de teinture d'iode, j'en ai fait pas mal, et nombre d'autres ont été cités. Quant aux autres substances, je conçois que certaines sont fort irritantes. Chlorure de zinc, iodoforme, ergotine même, me paraîtraient suspects.

M. Terrier. A propos de ces injections, j'ai vu un incident curieux suivant les injections interstitielles de solution d'iodoforme dans l'éther. La vaporisation rapide de l'éther détermine des vapeurs et un gargouillement bizarre que l'on sent à la main et qui surprend au premier abord.

M. Sée. Ce fait est d'autaut plus étonnant que dans d'autres parties du corps, le genou par exemple, je n'ai rien observé de semblable après avoir injecté l'iodoforme dissous dans l'éther.

Communications.

Des accidents occasionnés par la filaire du sang. — De son rôle pathogénique dans l'hydrocèle graisseuse, par M. Le Dentu.

Dans la séance du 14 décembre 1881[1], je vous exposais, sous le titre d'*hydrocèle graisseuse,* l'histoire clinique d'un épanchement intra-scrotal d'une nature tout à fait spéciale, mais comparable à

[1] Le Dentu. Sur un cas d'hydrocèle graisseuse, (*Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 1881, p. 874).

d'autres épanchements observés auparavant dans les bourses elles-mêmes et dans les principales cavités séreuses. Je vous rappelais les faits signalés successivement par Vidal[1], Demarquay[2], Vel peau[3], Fergusson[4], sous les noms de galactocèle, d'hydrocèle graisseuse ou chyliforme, et j'ajoutais que récemment M. Debove[5] et Mme Perrée[6] avaient consacré une étude intéressante à la question envisagée dans son ensemble. Une notion nouvelle se dégageait de ces travaux, c'est qu'un liquide d'apparence chyleuse pouvait s'accumuler, non seulement dans la tunique vaginale, mais aussi dans les plèvres et dans le péritoine. Les observations de MM. N. Gueneau de Mussy[7] et Debove en font foi, sans compter d'autres plus anciennes rapportées par M. Debove, et celles qui ont été mentionnées dans le cours de la discussion soulevée par ma communication.

J'ignorais alors que des recherches dues à peu près exclusivement à des médecins habitant la zone intertropicale eussent déjà jeté une vive lumière sur cette question obscure. J'ignorais aussi que tout récement M. H. Barth, médecin des hôpitaux, eût fait paraître dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* une étude critique de ces travaux[8]. Je ne saurais trop recommander la lecture du mémoire fort intéressant de notre collègue à ceux d'entre vous qui voudraient approfondir le sujet. Ce serait faire un double emploi bien inutile que de vous présenter ici autre chose qu'un court résumé des connaissances acquises, auxquelles se rattachera na-

[1] Vidal de Cassis, *Traité de path. ext.*, 5e édition, t. V, p. 180.

[2] Demarquay, Kyste du testicule ou de la tête de l'épididyme contenant un liquide semblable à du lait (*Gaz. des hôp.*, 1862, p. 414).

[3] Velpeau, cité par Després dans Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule (*Thèse pour le doctorat*, Paris, 1861).

[4] Fergusson, cité par Kocher, Krankleiten der Hüllen des Hodens (*Hand. buch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitha und Billroth, Band III*, p. 144).

[5] Debove, Recherches sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses (*Soc. Méd. des hôp.*, 1881; *Union méd.*, 23-25 juin 1881).

[6] Mme Perrée, Étude sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses (*Thèse doct. de Paris*, 1881).

[7] Gueneau de Mussy, *Clinique médicale*, Paris, 1874, t. I, p. 658 et suiv.

[8] H. Barth, De la filaire du sang et de ses rapports avec l'éléphantiasis des Arabes et quelques autres maladies des pays chauds (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1881, p. 546 et 677).

Voyez aussi :

Victorino Pereira, Molestias mais frequentes nos climas intertropicaes. *Thèse inaug.*, Bahia, 1876).

Bourel-Roncière, Revue de pathologie exotique (*Arch. de méd. navale*, 1878).

turellement ce que j'ai à dire personnellement des épanchements chyliformes de la tunique vaginale.

I

Des recherches sérieuses ont établi, dans des cas assez nombreux, la nature parasitaire de cette affection ; elle est liée à la présence dans l'organisme d'un ver nématoïde découvert en 1866 par Wucherer [1], au Brésil, dans un cas de chylurie, et baptisé plus tard, en 1872, sous le nom de *filaria sanguinis hominis*, par Lewis (de Calcutta) [2], qui l'avait observé à son tour dès 1868 dans les mêmes circonstances.

En 1868 également, Salisbury [3], dans l'Amérique du Nord, en 1870, l'infortuné Crevaux [4], à la Guadeloupe, et Spencer Cobbold à Port-Natal [5], confirment la découverte de Wucherer et de Lewis. Ce dernier, poursuivant ses investigations avec une activité infatigable, trouve le parasite dans de nombreux cas de chylurie, de varices lymphatiques du scrotum [6]. Avec Manson, médecin des douanes chinoises, le cadre de l'affection parasitaire s'étend singulièrement; il y fait entrer, outre les affections déjà mentionnées, l'éléphantiasis des Arabes, ainsi que l'hydrocèle chyleuse. Il attribue dès l'abord les accidents à la présence dans le système lymphatique et même dans le canal thoracique du parasite à l'état adulte, d'où résulterait l'obstruction partielle ou totale de ces vaisseaux. L'éléphantiasis des Arabes n'aurait même d'autre cause que la stase de la lymphe dans les tissus, suivie de l'organisation imparfaite de ce liquide [7]. Il est juste de rappeler que dès 1858 Mazaé Azéma avait signalé la coïncidence de cette affection avec la chylurie chez certains malades [8].

[1] WUCHERER, Découverte d'un nouvel entozoaire dans un cas de chylurie (*Gazeta medica da Bahia*, 15 décembre 1868).

[2] LEWIS, *Annual Reports of the sanitary commission for India*, 1869.

[3] SALISBURY, *Hay's American journal*, t. I, 1868.

[4] CREVAUX, De l'hématurie chyleuse ou graisseuse des pays chauds (*Thèse pour le doctorat*, Paris, 1872).

Hématurie chyleuse et graisseuse des pays chauds (*Arch. de méd. navale*, t. XXII, p. 177).

[5] SPENCER COBBOLD, On filaria Bancrofti (*The Lancet*, 6 octobre 1877).

[6] LEWIS, On the pathological significance of nematodes hœmatozoa (*Ann. Rep. of the sanitary commission for the government of India*, 1874).

[7] PATRICK MANSON, Observations on lymph-scrotum and allied diseases (*Shangaï's custom's gazette et Med. Times and Gazette*, novembre 1876).

Reports on hœmatozoa (*Sixth part of Shangaï's custom's gazette*, 1877).

[8] MAZAÉ AZÉMA, Considérations pratiques et étiologiques sur l'éléphantiasis des Arabes (*Gaz. méd. de Paris*, t. XIII, 1858, p. 35).

Il était réservé à Bancroft (1877), médecin australien, de découvrir la filaire adulte, non observée jusque-là, dans un abcès lymphatique du bras et dans une hydrocèle du cordon spermatique[1], et à Lewis[2] de confirmer cette nouvelle découverte dans un cas d'éléphantiasis variqueux du scrotum, affection à laquelle Fayrer[3] avait donné auparavant le nom d'*éléphantiasis nœvoïde*, à cause de ses analogies avec le nœvus. Puis Aranjo da Salva Lima observe un malade atteint, en même temps, d'une dermatose prurigineuse désignée vulgairement sous le nom de *craw-craw*, de chylurie et d'un lympho-scrotum presque franchement éléphantiasique. Dans le liquide coagulé qui s'échappe de la peau des bourses, il trouve des embryons de filaire et un individu adulte[4].

Enfin, en 1881, c'est dans une tumeur éléphantiasique du scrotum, et non plus dans de simples varices lymphatiques accompagnées d'empâtement plus ou moins considérable de la région, que Manson rencontre l'animal adulte, circonstance bien propre, selon cet auteur, à donner un commencement de preuve à sa théorie de l'origine parasitaire de l'éléphantiasis vrai[5].

Je ne citerai, comme travaux plus récents, que deux observations de chylocèle ou hydrocèle chyliforme publiées dans la *Gazette médicale de Bahia* par M. Pedro de Magalhaês[6], et je terminerai ce court historique par la mention d'un ouvrage tout récemment édité à Lyon. M. Monvenoux a réuni dans une monographie volumineuse tous les documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine, et il a placé à la suite une

[1] Spencer Cobbold, Discovery of the adult representation of microscopic filaria (*The Lancet*, 14 juillet 1877).

[2] Lewis, Mature form of the filaria sanguinis hominis (*The Lancet*, 29 septembre 1877).

Voyez aussi :

Aranjo da Salva Lima, Nouvelle phase de la question de la nature parasitaire de la chylurie (*Gazeta medica da Bahia*, novembre 1877).

Felicio dos Santos. Filaria Bancrofti. Verificaçao no Brazil da descoberta de Bancroft na Australia (*O progresso medico*, 15 décembre 1877).

Fedschenko, *Protokolle der Freunde der Naturwissenschaften in Moskau*, 1867 et 1877.

[3] Fayrer, *Clinical Surgery in India*, 1866.

[4] Aranjo da Salva Lima, Quelques particularités sur la filaria sanguinis (*Gazeta medica da Bahia*, 1879).

[5] P. Manson, Additional notes on filaria sanguinis hominis and filaria diseases (*The Lancet*, 1er janvier 1881).

Additional notes on filaria sanguinis and filarious disease (*The Lancet*, 15 janvier 1881).

[6] S. de Magalhaês, Chylocèle. Manifestaçao da filariose de Wucherer (*Gazeta medica de Bahia*, septembre 1881, p. 107).

nomenclature raisonnée des travaux qui ont paru jusqu'à ce jour sur les Entozoaires de la chylurie et de l'hématochylurie. C'est vous dire qu'on trouve dans ce consciencieux recueil l'exposé de toutes les théories par lequelles on a essayé d'expliquer la présence de la graisse dans l'urine, question difficile, bien mal résolue malgré des efforts nombreux et que je n'aborderai que très incidemment par la suite[1].

II

On connaît aujourd'hui assez bien l'histoire naturelle et les mœurs de la filaire du sang. C'est sous la forme d'embryons que le parasite s'est révélé tout d'abord aux observateurs, à Wucherer, puis à Lewis. C'est sous cette forme, disons-le immédiatement, qu'on le voit ordinairement chez l'homme, du moins dans les humeurs de l'organisme ou dans les épanchements des cavités séreuses.

Ces embryons ne présentent aucun signe d'organisation, ni tube digestif, ni organes sexuels. Ils sont contenus dans une espèce de gaine amorphe non adhérente, où ils se raccourcissent et s'allongent sans que leur enveloppe participe à ces modifications de forme. Elle s'aplatit simplement ou redevient cylindrique à ses extrémités, selon que le parasite se ratatine ou reprend ses dimensions ordinaires.

Celles-ci sont d'environ un huitième de millimètre en longueur (125 μ) sur 7 à 8 μ de diamètre. On le découvre en quantité considérable dans l'urine des chyluriques, dans le liquide laiteux du lympho-scrotum; mais il faut savoir que c'est surtout au milieu des petits coagulums en suspension dans ces liquides qu'il se réfugie. Sa recherche dans le sang est plus délicate. On étale sur plusieurs lamelles de verre une *très petite gouttelette* provenant d'une piqûre faite à la peau, dans un point quelconque du corps, et avec une lentille d'une puissance moyenne, on découvre le parasite particulièrement aux limites de la préparation.

Il y a un point bien curieux de l'histoire de la filaire, que Manson a mis en lumière, c'est que, pour la trouver dans le sang, il faut l'y chercher seulement à partir de 7 à 8 heures du soir jusqu'à 9 ou 10 heures du matin; d'où cet ingénieux observateur conclut que dans la journée le parasite se réfugie probablement dans le système lymphatique, ou dans quelque organe, et qu'à partir de la

[1] FRÉDÉRIC MONVENOUX, Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine, suivis d'une nomenclature raisonnée des travaux qui ont paru jusqu'à ce jour sur les entozoaires de la chylurie et de l'hémato-chylurie (*Thèse pour le doctorat*, Lyon, 31 juillet 1884).

chute du jour il se répand dans le sang, qui paraît être l'élément où il se plaît le plus, à en juger d'après la vivacité de ses mouvements lorsqu'on l'examine dans une goutte de ce liquide, comparée à celle qu'il montre lorsqu'on le découvre dans quelque autre humeur de l'organisme.

Il semblerait qu'on pût en conclure que la filaire est un animal nocturne, un noctambule, qui fuirait la lumière du jour dans quelque retraite profonde ; mais une observation plus récente que celles de Manson établit que ses migrations obéissent plutôt à l'influence de la veille et du sommeil. Mackenzie ayant à traiter à Londres un malade venu des Indes, atteint de chylurie, eut l'idée de lui faire faire de la nuit le jour et inversement. Le nombre des filaires trouvées dans le sang pendant la journée devint rapidement bien plus considérable que pendant la nuit[1].

Ce n'est qu'exceptionnellement, ainsi que je l'ai dit plus haut, que la filaire se montre sur l'homme à l'état adulte. Or, il s'agissait de savoir si l'évolution du parasite se faisait entièrement dans l'organisme humain, ou si, au contraire, il ne parcourait pas le cycle complet de ses transformations en se fixant successivement sur deux organismes vivants, différents l'un de l'autre, comme le cysticerque du porc devient le tœnia solium de l'homme. On pouvait arriver du même coup à déterminer la voie par laquelle le parasite pénètre dans l'organisme.

Manson[2] eut l'idée que le moustique pouvait être un des terrains de la génération alternante de la filaire. Son hypothèse fut entièrement confirmée par des recherches extrêmement curieuses de Bancroft[3], de Lewis[4], auxquelles il ajouta bientôt ses propres observations.

En effet le tube digestif des moustiques qui ont piqué des individus infestés par ce parasite est toujours rempli d'un nombre considérable des embryons décrits plus haut. On voit alors se succéder, en quelques heures, les modifications suivantes : l'animal se sépare de son enveloppe transparente et semble se rétracter; des stries transversales et de fines granulations apparaissent, mais pour disparaître bientôt, la bouche se montre distincte, l'enveloppe amorphe se fend si elle n'est pas digérée par le suc gastrique, et l'animal s'en débarrasse comme un serpent de sa peau.

[1] STEPHEN MACKENSIE, Obs. de filaire du sang (*Brit. med. journ.*, p, 668, octobre 1881).

[2] P. MANSON, On chinese Hœmatozoa (*Med. Times and Gazette*, novembre 1877 et mars 1878).

[3] SP. COBBOLD, *Report on the proceedings of the Linnean society*, 1878.

[4] LEWIS, Remarks regarding the Hœmatozoa found in the stomach of culex Bosquito (*Cengal asiatic society's journal*, mars 1878).

A cette phase, qui dure 36 heures, en succède une autre de même durée pendant laquelle l'animal commence par se transformer en une sorte de chrysalide ou *scolex* semblable à un boudin cylindrique, dont se détache brusquement la queue restée mobile. On voit dessiner nettement la bouche et un orifice situé en avant de la queue, ainsi qu'une ligne délicate qui réunit ces deux orifices et qui représente le premier rudiment du tube digestif.

La troisième phase est caractérisée par l'accroissement rapide du parasite, par la formation d'un tube digestif complet et, plus tardivement, d'organes sexuels, consistant, sur la femelle, en un orifice vaginal placé très peu au-dessous de la bouche et communiquant avec une poche où Cobbold a trouvé un grand nombre d'embryons accumulés [1]. Les œufs sont contenus dans des tubes utérins qui s'étendent en replis sinueux jusqu'au voisinage de la queue.

Ces derniers détails ont été relevés sur la filaire adulte arrivée à son maximum de développement. Elle atteint alors 8 à 10 centimètres de long sur $0^{mm},3$ de large. Plusieurs observateurs l'ont comparée à un cheveu humain. Dans le tube digestif du moustique, la filaire ne s'est jamais montrée avec des dimensions dépassant un millimètre de long sur 1/20 de millimètre de large.

On suppose qu'à partir de ce moment l'animal rentre dans l'organisme humain par une des voies suivantes : ou bien il repasse directement, par transfixion, du corps du moustique dans l'épaisseur de la peau humaine (ce qui est encore une pure hypothèse), ou bien, mis en liberté dans l'eau des marais et des rivières à la surface desquels iraient mourir les moustiques, il s'attacherait aux jambes des individus qui traverseraient ces marais ou ces rivières et cheminerait au travers des tissus jusqu'aux lymphatiques (de là peut-être l'origine de la dermatose filarienne décrite par Aranjo sous le nom de craw-craw), ou bien encore les embryons répandus dans les eaux potables pénétreraient directement dans le tube digestif de l'homme.

Cette dernière hypothèse emprunte de la valeur à la découverte, faite par Magalhaês, de jeunes filaires dans l'eau potable de la Carioca à Rio [2]; dernièrement Spencer Cobbold en aurait trouvé dans les eaux de l'Égypte; or, dans ce pays la filariose se manifeste sous ses diverses formes connues [3].

[1] SPENCER COBBOLD, On filaria sanguinis (*Epidemio logical society of London. The Lancet*, 22 février 1878).

[2] S. DE MAGALHAÊS, Découverte de filaires embryonnaires dans l'eau potable de la carioca (*O progresso medico*, Rio-de-Janeiro, décembre 1877).

[3] SPENCER COBBOLD, Remarks on injurious parasits of Egypt in relation to water drinking (*Brit. med. journ.*, septembre 1882, p. 503).

Une fois dans le tube digestif les filaires gagneraient les points de l'organisme les plus propices à leur développement.

Ici l'obscurité commence. Lewis et Manson pensent que c'est le système lymphatique qu'elles recherchent; et il est de fait que c'est là seulement qu'on a trouvé les rares spécimens de filaires adultes observés jusqu'à ce jour. C'est dans les vaisseaux lymphatiques, ou peut-être dans des cavités kystiques appendues à leurs parois, qu'aurait lieu la ponte; les œufs, trop volumineux pour traverser le crible des ganglions, seraient retenus en deçà jusqu'à la naissance des embryons; ceux-ci, suffisamment grêles par rapport aux sinus ganglionnaires, envahiraient alors le système sanguin, après avoir parcouru les gros troncs lympathiques et le canal thoracique.

Il est assez remarquable que toutes les espèces de moustiques ne soient pas un terrain favorable à l'évolution de la filaire du sang. Cette observation est due à Myers [1], qui, sur 15,000 malades traités à l'hôpital de Formose, n'en trouva que trois atteints d'helminthiase filarienne, et ces trois sujets venaient du continent. Il fit coucher l'un de ces malades dans une chambre où on avait préalablement fait entrer un grand nombre de moustiques. Ceux-ci, examinés le lendemain, furent trouvés remplis d'embryons, mais ces derniers moururent bientôt sans même avoir commencé leur évolution. Le moustique de Formose n'était donc pas un terrain favorable au développement des parasites.

III

Ainsi que vous avez pu en juger par le résumé qui précède, l'histoire naturelle de la filaire est assez bien connue aujourd'hui, malgré quelques desiderata non encore comblés. Reste à savoir si tous les accidents qu'on lui a attribués sont réellement la conséquence de son introduction dans l'organisme humain. D'abord il importe que l'on fasse une distinction entre les cas où on a trouvé le parasite dans le sang seulement, et ceux où il existe soit dans des liquides anormaux, soit dans les vaisseaux lymphatiques, soit dans les tissus en dehors de ces vaisseaux. Il est avéré, en effet, qu'un sujet dans le sang duquel on découvre des embryons de filaires peut ne présenter aucune sorte d'accidents. Cependant par analogie on pourrait se laisser facilement entraîner à établir une véritable identité morbide entre l'homme et le chien.

Aux Indes et en Chine, cet animal est souvent habité par deux

[1] Myers, Further interesting observations concerning the filaria sanguinis hominis (*Chinese custom med. reports*, n° 21, et *The Lancet*, 10 déc. 1881).

parasites du même genre qui causent de graves désordres, la *filaria immitis* et la *filaria sanguinolenta.*

On trouvera dans le travail de M. Barth, auquel j'ai déjà fait de nombreux emprunts, des détails sur l'histoire naturelle de ces autres vers nématoïdes. Je me contenterai de rappeler que la *filaria immitis* a des caractères qui la rapprochent beaucoup de la filaire de l'homme. Son embryon mesure 25/100 de millimètre sur 8 μ; le ver adulte a pour siège de prédilection le ventricule droit, l'oreillette droite et la veine cave supérieure. Il atteint jusqu'à $0^m,33$ de long, $0^m,13$ au minimum.

Par suite de migrations plus ou moins éloignées, ces vers, à l'état d'embryons ou à l'état adulte, déterminent chez le chien des accidents graves tels que pseudo-tubercules, essoufflement, syncope, asphyxie progressive par paralysie cardiaque, mort subite.

La *filaria sanguinolenta* a des dimensions moins grandes. On la trouve dans des kystes appendus à l'œsophage et dans la plèvre. On lui attribue des rétrécissements œsophagiens, des pleurésies, des paraplégies emboliques observées assez souvent sur les chiens d'Amoï.

Comme la *filaria sanguinis*, ces deux parasites peuvent ne révéler leur présence par aucun désordre ; mais il se pourrait bien que chez l'homme certains troubles pathologiques comparables à ceux que je viens d'énumérer fussent légitimement mis sur le compte de la *filaria sanguinis*. C'est du moins l'opinion de certains observateurs. Il manque, en tout cas, le contrôle de l'autopsie à leur manière de voir.

Il n'en est plus de même en ce qui concerne les affections dont j'ai parlé tout d'abord. Elles forment aujourd'hui un petit groupe assez bien délimité, malgré certaines divergences d'opinions. Telles sont la chylurie, l'hémato-chylurie, l'ascite laiteuse ou chyliforme, peut-être certains épanchements pleuraux, l'hydrocèle graisseuse, certaines hydrocèles du cordon, la lymphorragie, les varices lymphatiques, le lympho-scrotum ou éléphantiasis nœvoïde du scrotum, peut-être aussi l'éléphantiasis des Arabes, enfin le craw-craw.

D'après Manson, qui est peut-être trop disposé à généraliser l'influence nuisible de la filaire, la lymphorragie, les varices lymphatiques, l'éléphantiasis des Arabes, seraient trois conséquences d'une cause unique : l'obstruction des vaisseaux ou des ganglions lymphatiques par des masses d'œufs ou d'embryons [1].

[1] P. Manson, Notes on filaria sanguinis hominis and disease filarious (*Chinese med. Reports*, t. XVIII, et *The Lancet*, 1880).

Additional notes on filaria sanguinis hominis and filarious disease (*Chinese med. Reports*, 1880).

Seulement cette obstruction peut être partielle ou totale, relative ou absolue. Dans le premier cas (obstruction partielle) on observerait les varices lymphatiques, la lymphorragie, le lympho-scrotum, et l'on trouverait toujours des embryons de filaires dans le sang, tandis que l'obstruction absolue des ganglions causerait la rétention de toute la lymphe d'une région et secondairement l'éléphantiasis des Arabes, et alors le sang serait indemne de filaires.

A vrai dire cette pathogénie de l'éléphantiasis des Arabes reste hypothétique, et la théorie parasitaire de Manson n'est guère applicable qu'à la variété d'éléphantiasis que Fayrer appelle nœvoïde, qui diffère sensiblement de l'éléphantiasis vrai par la consistance molasse, comme érectile, des tissus ; par sa combinaison avec l'état variqueux des lymphatiques, enfin par sa localisation ordinaire à une partie ou à la totalité du scrotum. J'ajouterai de suite qu'on a vu la lymphorragie scrotale alterner avec la chylurie, ce qui établit nettement la corrélation de ces deux accidents [1].

Enfin il est intéressant de signaler dès maintenant la coïncidence possible, mais non constante, du lympho-scrotum avec l'hydrocèle chyliforme.

A côté de ces affections dont la pathogénie est établie sur des bases sérieuses, il est peut être permis d'en ranger plusieurs, qu'on observe dans les mêmes zones et qu'on arrivera peut-être un jour à rattacher à la même cause. Je fais allusion en ce moment à ces poussées d'érysipèle qui semblent résulter d'un simple engorgement périodique des vaisseaux blancs, et dont cependant la compression seule est capable de prévenir le retour. Je songe aux dilatations variqueuses des réseaux lymphatiques non compliquées de lymphorragie ou d'éléphantiasis nœvoïde [2], aux adénolymphocèles [3] et aux complications inflammatoires dont elles peuvent être le siège ; enfin après avoir observé plusieurs cas d'engorgement des épididymes ou des testicules survenus sans cause bien nette chez des habitants des régions intertropicales, dont l'un entre autres porte en même temps un éléphantiasis en plaque du scrotum, sans varices lymphatiques, je me demande si là aussi il ne faut pas reconnaître l'action de la filaire du sang.

[1] Siegfried, Elephantiasis, leprosy and tinea imbricata (*Philadelphian med. Times*, 1er mars 1879).

Voyez aussi :

Königer, Beobachtungen uber Elephantiasis auf Samoa (*Arch. für klin. Chirurgie*, Bd. XXIII, p. 413, 1879).

[2] Mazaé Azéma, *De la lymphangite endémique des pays chauds*, Saint-Denis (Réunion), 1878.

[3] Th. Anger, De l'adénolymphocèle (*Thèse pour le doctorat*, Paris, 1867).

De peur d'aller trop loin dans la voie des généralisations théoriques, contentons-nous d'enregistrer les notions acquises et revenons à l'hydrocèle parasitaire et spécialement au cas dont je vous ai déjà fait l'exposé clinique il y a trois ans; il restait à démontrer la présence de filaires dans le liquide. Un examen sommaire m'avait permis de constater l'existence de rares leucocytes, de quelques globules rouges et de gouttelettes innombrables de graisse, tenues en suspension à l'état de granulations ou manifestement réfringentes; mais cet examen n'ayant pas été fait en vue de la recherche d'un parasite, était incomplet. Il a été repris par le professeur Damaschino, et avec un plein succès, car je suis à même aujourd'hui de vous montrer plusieurs spécimens de filaires trouvés dans les petits coagulums du liquide et grandis par la photographie. Les cinq épreuves que voici vous permettront de reconnaître les caractères énumérés précédemment.

IV

Les épanchements d'aspect chyleux que portait mon malade étaient donc bien réellement causés par la présence d'embryons de filaires dans les parois des tuniques vaginales, et si la théorie de Manson est exacte, le liquide de ces épanchements n'était autre que la lymphe accumulée dans les cavités par suite de l'obstruction des vaisseaux lymphatiques. Pour que cette explication fût définitivement mise à l'abri de toute objection, il faudrait que l'analyse chimique et l'examen microscopique eussent établi l'identité absolue de tous ces épanchements dits chyliformes et de la lymphe ou du chyle. Il faudrait surtout qu'on retrouvât les caractères du chyle dans les épanchements abdominaux, et de la lymphe dans ceux des autres régions. Or, pour ne citer qu'un exemple, le liquide de l'hydrocèle graisseuse ressemble bien plus au chyle qu'à la lymphe. Ce qui rend le problème encore plus complexe, c'est que ces deux dernières humeurs sont elles-mêmes d'une extrême variabilité, tout en présentant entre elles une grande similitude.

Voici une analyse empruntée à M. Robin, qui met en relief leurs caractères différentiels et similaires [1] :

	Lymphe	Chyle
Eau	910 » à 965 »	900 » à 969 »
Corps gras	0,24 à 9 »	10 » à 36 »
Albumine	22 » à 51 »	26 » à 65 »
Fibrine (et leucocytes)	0,08 à 6,56	0,73 à 3,70

[1] Ch. Robin, *Leçons sur les humeurs*, 2e édition, 1874, p. 279.

Peptone ou albuminose......	3 » à 5,50	6 » à 8 »
Hémaphéine ou hématosine ..	0,06	0,06
Principes cristallins d'origine organique Urée 0,10 à 0,21 (Würtz).... Glycose 1,09 à 2,66 (Poiseuille et Le Fort).	3 » à 8 »	5 » à 9 »
Chlorure de sodium.........	4 » à 6 »	5 » à 7 »

Je néglige de petites quantités de sels divers : carbonates de soude et de chaux, phosphates de chaux et de soude, sulfates alcalins.

Voici en regard une analyse de liquide pleural chyliforme (*Debove et Yvon*).

		grammes.
Matières organiques	Albumine coagulable.....	68 »
	Cholestérine............	3,80
	Matières grasses........	3,40
	Matières azotées.........	1,50
Matières minérales..........................		7,10
Eau.....................................		913,62
Matières non dosées, pures....................		2,58
	Total....................	1,000,00

Densité du liquide : 1,025. Réaction alcaline.

Dans un cas d'ascite chyleuse de Smidt, le liquide était neutre, densité 1,022.

Même densité, même réaction dans le cas de Guttmann. La proportion de graisse était de 52,50, et celle d'albumine de 35 pour 1,000 grammes.

Le liquide de la seconde observation de M. Magalhaês (chylocèle) avait également une densité de 1,022, il était neutre. La quantité d'albumine, de fibrine et de graisse n'a pas été déterminée rigoureusement.

L'analyse chimique révèle donc des analogies très nettes entre ces liquides de provenance diverse et, d'autre part, la lymphe, le chyle ou le pus ; mais de là à leur identité absolue, il y a loin. Je n'en veux pour preuve que les nombreuses théories énumérées dans l'ouvrage de M. Monvenoux, et sur lesquelles il me paraît hors de propos d'insister. Je ne citerai que l'opinion de M. le professeur Robin, dont l'autorité est grande en matière d'humeurs pathologiques :

« L'altération des urines qui les fait dire *urines graisseuses*, ou réciproquement *urines laiteuses* ou *chyleuses*, et décrite aussi

sous le nom de *chylurie*, de *galacturie*, etc., ne constitue qu'une des formes de l'hématurie, forme dans laquelle le plasma sanguin, passant de toutes pièces dans l'urine, dénote sa présence par sa couleur blanche... »

« Ici seulement cet état laiteux du plasma, au lieu de ne persister que quelques heures, est devenu accidentellement permanent, excessif, constitue l'état morbide dit *piarrhémie*, dont l'hématurie graisseuse est un symptôme. » Puis plus loin : « Ainsi la coloration blanche de l'urine par la graisse en émulsion vient du passage dans l'urine de très faibles gouttes de graisse que le sérum du sang tient normalement en suspension et qui le rendent opalin ou *laiteux* à certains moments de la digestion. Elle indique un état du foie causé probablement lui-même par la présence des *filaires* dans les capillaires hépatiques, amenant production en excès, et d'une manière continue, des substances qui donnent au sérum du sang son état laiteux [1]. »

Donc, même lorsqu'elle est d'origine parasitaire, la chylurie n'impliquerait pas toujours une altération des organes excréteurs de l'urine. Cette réserve est d'autant plus fondée que les autopsies qui ont révélé des dilatations variqueuses des lymphatiques des reins sont encore des exceptions (Mackenzie, Ponfick), et que, d'après des travaux tout récents, la chylurie et l'hématochylurie seraient bien loin d'être toujours causées par la présence de la filaire dans l'organisme (Rassmann, Concato et Guareschi, Brieger [2]). Ces auteurs ne font plus de la chylurie filarienne qu'un des cas particuliers de ce symptôme. Il n'est même plus permis de dire qu'ils ne sont arrivés à cette conclusion que pour avoir négligé la recherche du parasite. Ponfik s'est chargé de ruiner cette objection par une autopsie de chylurique qui ne révéla la présence de la filaire ni dans le sang ni dans les reins du sujet [3].

Il est bon d'ajouter que les chyluries parasitaires elles-mêmes ne sont pas causées par une seule espèce de filaire. Bien avant que celle de Wucherer eût été découverte et étudiée, Bilharz avait signalé dans le système de la veine porte et dans les veines vésicales la présence d'un ver trématode qu'il a désigné sous le nom de *distomium hœmatobium* [4].

[1] Robin, *loc. cit.*, p. 845 et 846.

[2] *Revue des sciences méd.*, t. XX, 2e fascicule, p. 590 et 602.

Ponfick, Autopsie d'un chylurique (*Berlin klin. Wochenschrift*, octobre 1880, p. 579).

[4] Sonzino, Ricerche intorno alla Bilharzia e nota intorno adun nematoideo rovato nel sangue humano (*Rendic. R. Acad. delle Scienze*, Napoli, 1874). La Bilharzia hœmatobia et son rôle pathologique en Égypte (*Arch. gén. de*

Si la graisse trouvée dans les urines peut provenir directement du sang, il n'est pas absurde de se demander si celle qu'on observe en émulsion dans certains épanchements des cavités séreuses n'a pas la même origine et si sa transsudation n'est pas causée par quelque trouble local de la circulation capillaire. En tout cas, comme dans l'état actuel de la science on n'est pas autorisé à rattacher tous ces faits à une cause unique, la théorie trop exclusive de l'extravasation de la lymphe me paraît être tenue pour suspecte jusqu'à nouvel ordre. En effet, d'après les travaux déjà cités de M. Debove et de Mme Perrée, d'après une thèse récente de M. Veil[1], il y aurait lieu de tenir compte de l'état général des sujets, qui sont ordinairement des tuberculeux, des scrofuleux, des alcooliques. De là est née la théorie de M. N. Gueneau de Mussy, qui veut que la graisse de ces épanchements provienne de la transformation des leucocytes d'une ancienne collection purulente.

Ce qu'il y a de positif, c'est qu'un certain nombre des malades chez qui on a constaté des épanchements de ce genre n'avaient jamais résidé dans les régions où naît et se développe la filaire, et qu'à moins d'admettre que ce parasite puisse être exceptionnellement importé dans la zone tempérée ou froide et qu'il soit susceptible d'y parcourir toutes les phases de son évolution normale, force est bien d'établir une distinction entre des faits réunis par un caractère commun, selon que la filaire est ou n'est pas trouvée dans les humeurs normales ou pathologiques des sujets.

Maintenant que l'attention est attirée sur ce point, on peut espérer que tous les cas nouveaux seront passés au crible du plus rigoureux examen. Peut-être alors la théorie de la rétention ou de la transsudation de la lymphe dans les cavités séreuses, la plus satisfaisante, je n'hésite pas à le dire, pour ces cas particuliers, s'imposera-t-elle comme la plus plausible et permettra-t-elle de considérer les épanchements laiteux comme de véritables lymphorragies dans les cavités closes. C'est, vous l'avez vu, l'opinion du plus grand nombre des auteurs qui n'ont envisagé que le côté parasitaire de la question[2].

méd., 6e série, t. 27, p. 652). Voyez aussi. — SPENCER COBBOLD, On the development of Bilharzia hœmatobia (*British mep. journal*, 1872).

Dictionnaire encycl. des sc. méd., 4e série, t. II, p. 225. Art. Filaire.

[1] VEIL, Études ur la pathogénie des ascites chyliformes (*Thèse de Paris*, 1882).

[2] WINCKEL, Chylöser Ascites bewirkt durch Parasiten (*Arch. für klin. Medicin*, t. XVII, p. 203, 1876).

Voyez aussi :

GUTMANN, Ascite chyleuse chez un garçon de dix ans (*Berlin. klin. Woch.*, juillet 1880, n° 29, p. 421).

Revue des sc. méd., t. XX, 2e fascicule, p. 602.

Il y a d'ailleurs dans la science des faits qui permettent d'affirmer que parfois la véritable cause de l'épanchement chyliforme réside dans une perforation du canal thoracique, ou dans une compression énergique exercée sur ce canal, ou dans un engorgement des glandes lymphatiques[1] : par exemple, l'observation de Mass, un peu discutable à cause de son ancienneté (épanchement chyleux dans la plèvre par suite de rupture du canal thoracique), celle de Morton (ascite chyliforme chez un enfant dont le canal thoracique était comprimé par des ganglions), celle de Littre (ascite chyleuse, glandes mésentériques hypertrophiées et crayeuses), celle de Marshall Hughes (mêmes lésions), celle de Friedreich (mêmes lésions), celle de Hope Seyler (compression des chylifères par une tumeur volumineuse), celle de Manson (ascite chyleuse, large rupture du canal thoracique au niveau du pancréas).

Dans un seul de ces cas on a trouvé, à n'en pas douter, la rupture supposée. En revanche on en connaît où il y avait compression du canal thoracique sans ascite chyleuse (Morgagni, Laënnec, W. Turner), et l'on a enregistré des exemples de lymphorragie sans engorgement ganglionnaire ou sans compression des vaisseaux (Schönlein, Canobio, Buchanan, Hilton, Hensen).

De ces faits en apparence contradictoire, ne peut-on pas dégager cette conclusion que les ruptures échappent souvent à l'œil, si attentif qu'il soit ? De même, dans les cas de kystes à spermatozoaires, n'arrive-t-il pas fréquemment que l'orifice de communication de la poche avec un canal séminifère ne peut être révélé par les injections même les plus fines ? Et cependant, pour ces kystes, la théorie de la rupture est, je crois, celle qui rallie le plus de partisans.

V

Je résumerai ainsi les faits et les considérations qui précèdent :

1° S'il est démontré que le parasitisme est la cause réelle d'un certain nombre d'épanchements chyliformes et de chyluries, sans préjudice des autres affections énumérées plus haut, il paraît certain que la théorie parasitaire ne peut pas être appliquée à tous les cas.

2° A cette cause spéciale il faut en ajouter d'autres, dont les unes sont d'un ordre général (altération particulière du sang), les autres purement locales (ruptures ou compressions sur un point quelconque du système lymphatique).

3° Les compressions s'exerçant sur le canal thoracique, ou sur les principaux troncs d'une région, agissent comme l'obstruction par-

[1] Debove, Recherches sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses (*Soc. Méd. des hôp.*. 1881; *Union méd.*, 23-25 juin 1881).

tielle ou totale des ganglions, et rendent vraisemblable, à défaut de la démonstration d'une rupture, la transsudation de la lymphe à travers les parois des vaisseaux, ou son accumulation dans les tissus et les cavités closes, par défaut de résorption.

4° C'est par obstruction des ganglions, des troncs et des réseaux que la filaire déterminerait tous les désordres qui lui sont attribués, et ici nous rentrons dans la théorie de Manson.

5° Il y a un certain nombre de faits pour lesquels une explication est encore à trouver; ceux-là ne peuvent être rangés dans aucune des catégories précédentes.

VI

Si la pathogénie de ces épanchements est aussi complexe, est-il permis de les comprendre tous sous une dénomination commune? Oui, sans doute, mais à condition qu'elle ne préjuge rien sur le fond de la question et qu'elle s'appuie sur un caractère constant. Or le caractère le plus constant et en même temps le plus frappant de ces épanchements, c'est la présence d'une quantité notable de graisse émulsionnée; de sorte qu'en disant *épanchements graisseux, ascite graisseuse, hydrocèle graisseuse*, on reste dans la vérité la plus stricte. On évitera ainsi d'appeler *chyleux* un liquide qui n'a souvent du chyle que les apparences, *chyliforme* un liquide qui peut être du chyle ou de la lymphe pure. D'ailleurs le mot *chyliforme* est mal composé; on n'applique pas la désinence *forme* à une ressemblance toute d'aspect. Si l'on tenait absolument à rappeler la ressemblance avec la lymphe ou le chyle, les épithètes *lymphoïde* ou *chyloïde* seraient certainement préférables.

De même le terme *chylocèle* proposé par M. Magalhaês pour l'hydrocèle graisseuse n'est pas rigoureusement exact, puisque c'est de la lymphe et non du chyle qui s'accumulerait dans la tunique vaginale, et que, même en disant *lymphocèle*, on s'exposerait à être démenti par le premier cas où un épanchement graisseux de la tunique vaginale ne se rattacherait pas étiologiquement à la *filariose.*

Aussi tout en acceptant les termes *chyloïde* et *lymphoïde*, qui sont d'ailleurs peu usités, je donne la préférence à la première de toutes ces dénominations (hydrocèle graisseuse), parce qu'elle ne choque aucune théorie.

VII

Il me reste, avant de terminer cette étude, à résumer les carac

tères cliniques de l'hydrocèle parasitaire et à rappeler les tentatives thérapeutiques ayant eu pour but de détruire la filaire non seulement dans la région affectée, mais aussi dans tout l'organisme.

L'hydrocèle graisseuse parasitaire s'est développée jusqu'ici sur des sujets ayant résidé dans la zone intertropicale : Indes, Chine méridionale, Australie, Réunion, Nossi-Bé, Antilles, Brésil, et même Égypte.

Elle est souvent double, et en ce cas il n'y a pas grande différence entre les deux côtés. Les dimensions dn scrotum étaient celles d'une très grosse poire dans le cas de M. de Magalhaês et dans le mien.

D'après Manson, la peau du scrotum serait ordinairement atteinte en même temps d'un éléphantiasis nævoïde ; mais ce fait n'est pas constant, puisque M. Magalhaês et moi, nous avons constaté l'intégrité apparente des bourses ; cependant dans le sang tiré de la peau du scrotum, M. Magalhaês a constaté la présence d'embryons de filaires vivants. Je traduis textuellement le passage :

« Dans ce jour, quatre préparations de sang d'un doigt ne me firent voir rien d'anormal ; de deux préparations de sang tiré de la peau du scrotum (autrement sain en apparence), la première me donna des filaires vivantes ; dans deux autres préparations de sang du lobule de l'oreille je ne découvris aucune filaire. De ce résultat il semble qu'on peut conclure que, dans ce cas, les hématozoaires n'existaient pas dans la circulation générale, mais bien dans des points limités, comme la peau du scrotum et d'autres parties de l'organisme (gros troncs lymphatiques). »

Il se peut que les testicules soient en même temps augmentés de volume, ce qui laisse supposer que le parasite a envahi également ces organes ; j'ai relevé cette particularité sur mon malade, et M. Magalhaês a fait la même remarque.

La transparence de la tumeur est douteuse ; ici encore je me rencontre avec M. Magalhaês, probablement parce que cette modification du caractère fondamental de l'hydrocèle est constante.

La coloration du liquide rappelle celle du lait, du chyle, du pus séreux. Parfois elle est franchement jaune.

Dans le second cas de M. Magalhaês sa réaction était neutre ; sa densité de 1022. Il renfermait beaucoup d'albumine, de fibrine et de graisse à l'état d'extrême division. « Les caillots formés par la fibrine contenaient beaucoup de graisse et de nombreux corpuscules blancs et rouges de sang. Durant la formation des caillots, la fibrine retenant comme un filet par tout le liquide la majeure partie des corpuscules rouges existants, ceux-ci, réunis par la rétraction du caillot, lui donnaient une couleur rouge, et quand ils étaient

épars dans le liquide, ils étaient masqués par sa lactescence. »

VIII

Divers essais de traitement général, visant la filaire dans le sang ou dans les lymphatiques, sont restés infructueux. C'est ainsi que Myers a expérimenté successivement l'acide salicylique, l'acide arsénieux, la santonine, sans en tirer aucun profit. La quinine semble jouir de quelque efficacité, mais à des doses qui seraient dangereuses pour l'homme.

Il est probable qu'on a eu recours aux préparations mercurielles, mais je ne sache pas que leur emploi ait donné de meilleurs résultats.

M. Magalhaês, après avoir remarqué qu'une goutte de glycérine appliquée sur des filaires bien vivantes les tue et les désorganise rapidement, n'ignorant pas d'ailleurs qu'une action du même genre a été reconnue par Mikulicz sur la bactérie septique et par Frisch sur la bactéridie charbonneuse, administra à son malade d'abord quarante, puis soixante grammes par jour d'une mixture à parties égales de glycérine anglaise et d'eau distillée ; mais quinze jours après le commencement de cette médication on trouvait encore des filaires vivantes dans le sang tiré de la peau du scrotum.

Il fit alors dans les tuniques vaginales une injection de glycérine pure et en laissa une certaine quantité dans la cavité séreuse du côté gauche, dans l'espoir que ce liquide serait résorbé par la paroi et agirait sur les filaires contenues dans le sang et la lymphe de la région. Mais une inflammation violente accompagnée de frissons, de fièvre, de vomissements bilieux, de prostration (accidents que M. Magalhaês attribue pour la plus grande part à l'impaludisme), fut le résultat de cette injection du côté où une partie de celle-ci avait été intentionnellement laissée à demeure.

Vingt-six jours après, M. Magalhaês trouva dans une goutte de sang provenant du scrotum une filaire encore vivante ayant 33/100 de millimètre ($0^{mm},33$) de long et offrant déjà un commencement d'organisation de son tube digestif. « Il me sembla y découvrir un orifice buccal et un autre à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs du corps de l'animal. » Le sang du doigt ne présentait rien d'anormal. Le liquide, qui s'était reproduit dans la vaginale droite, contenait *beaucoup de filaires vivantes*, mais dans un caillot on reconnut une grande quantité de filaires que l'injection de glycérine pratiquée un mois auparavant avait tuées et en partie désorganisées.

L'hydrocèle gauche était guérie.

Ce résultat incomplet n'a pas enlevé à M. Magalhaês l'espoir de combattre victorieusement la *filariose* par l'emploi interne de la glycérine. En tout cas l'épreuve est à recommencer.

Sur mon malade l'injection iodée au tiers a paru suffire pour déterminer une guérison complète, mais il serait intéressant de savoir si l'affection n'a pas récidivé et s'il ne s'est pas produit ailleurs un des accidents connus de cette infection parasitaire spéciale.

Quant à la recherche directe de la filaire adulte, elle ne serait rationnelle que si l'on était guidé par quelque lésion bien localisée : abcès situé sur le trajet probable d'un tronc lymphatique, hydrocèle du cordon, éléphantiasis nævoïde et surtout tumeur éléphantiasique distincte au milieu d'un tissu érectile lymphatique. L'intervention heureuse de Bancroft, de Lewis et de Manson justifierait suffisamment cette conduite. L'incision simple sur le point suspect ou l'extirpation d'une plaque de tissus altérés offrirait quelques chances de succès.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
JUST CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 19 novembre 1884.

Présidence de M. SÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° *Du pansement à l'iodoforme*, par le Dr Jules Bœckel;

3° *Traitement du cancer de la langue*, Thèse soutenue devant la Faculté de Nancy, par le Dr E. LOISON.

4° *De l'emploi du thermocauthère dans la cure de l'extropion et du trichiasis,* par le Dr A. TROUSSEAU. (Rapporteur M. TERRIER).

A propos du procès-verbal.

M. Verneuil. J'ai quelques remarques à faire relativement à la discussion qui s'est produite à la dernière séance sur la thyroïdectomie.

Je dirai deux mots d'abord au sujet de ce développement gazeux observé par M. Terrier, nié par M. Marc Sée, à la suite de l'injection d'une solution éthérée d'iodoforme.

Depuis quelques temps, je poursuis le traitement des abcès froids par l'injection dans la poche purulente d'une solution éthérée d'iodoforme, j'ai donc eu maintes fois l'occasion de voir ce qui se passe lorsque l'on injecte un liquide éthéré au sein des tissus. Or, je dois dire que chaque fois j'ai pu constater le phénomène indiqué par M. Terrier.

La première fois, il s'agissait d'un énorme abcès de la cuisse. Après évacuation de la poche, y ayant fait pénétrer environ 150 grammes du liquide éthéré, je fus tout étonné de voir la cuisse se gonfler et reprendre l'aspect qu'elle avait avant l'opération. Je ne tardai pas à constater que j'avais sous les yeux une vaste poche aérienne remplie, à n'en pas douter, des vapeurs de l'éther injecté.

Ce développement gazeux ne détermina d'ailleurs aucun accident ; petit à petit, mais avec une certaine lenteur, le gaz disparut complètement. Je serais même assez porté à croire que cette dilatation de la poche purulente par un gaz a un certain avantage : elle facilite la dissémination du médicament dans tous les coins et recoins de l'abcès.

Le diagnostic des tumeurs bénignes et malignes du corps thyroïde est de la dernière importance, puisque, à l'heure actuelle, la plupart des chirurgiens reconnaissent que la thyroïdectomie applicable à certains cas de goitre simple doit être rejetée lorsqu'il s'agit de goitre cancéreux. Ce diagnostic me paraît pouvoir être fait par la constatation des douleurs à distance dont il a été question à la dernière séance, mais à ce signe on peut en ajouter un autre d'une plus grande valeur peut-être : il s'agit des adhérences très précoces que la tumeur cancéreuse contracte avec les parties voisines. L'établissement de ces adhérences a pour conséquence l'immobilisation rapide du corps thyroïde, sur la peau aussi bien que sur les parties profondes du cou.

Les injections de teinture d'iode dont il a été également question m'ont donné de bons résultats dans les cas de goitre mou. La solution de teinture d'iode dont je me suis servi est celle qui me sert d'habitude pour le traitement de l'hydrocèle.

Discussion.

M. MARCHAND. J'ai pratiqué il y a 14 mois une ablation de cancer du corps thyroïde, et la malade est actuellement encore bien portante. Il est vrai que le cancer était enveloppé du tissu thyroïdien sain.

M. SÉE. Ce qui explique la différence de mes observations avec celles de M. Verneuil, c'est la très petite quantité d'éther que j'ai l'habitude d'injecter.

M. TERRIER. Ce ne doit pas être la petite quantité, car j'ai eu cette production de gaz avec des quantités de liquide très petites, une demi-seringue.

M. BERGER. M. Verneuil n'a-t-il pas eu d'accidents avec ses injections d'éther iodoformé.

M. VERNEUIL. J'ai eu quelques petits accidents et je me propose de vous en exposer les derniers incidents dans une communication prochaine.

Rapport.

Rupture du canal de l'urètre, ponction hypogastrique, urétrotomie externe le 5[e] *jour, mort*, par M. le Dr BARTHÉLEMY, médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires.

Rapport par M. CHAUVEL.

Un homme de 42 ans, ivre, fait le 20 avril 1882 une chute à califourchon sur un piquet de bois mousse en sautant de sa charrette. M. Barthélemy le voit le soir et constate une douleur violente au périnée avec rougeur et gonflement, mais sans plaie, un écoulement de sang par le méat, l'impossibilité absolue d'uriner. Pas de tentative de cathétérisme, bains de siège et cataplasmes. Le blessé entre le lendemain seulement à l'hôpital de Sidi-bel-Abbes. Il n'a pas uriné, la vessie remonte jusqu'à l'ombilic, le périnée est violacé, le scrotum du volume d'une tête d'enfant. Notre collègue pratique immédiatement la ponction hypogastrique avec un trocart courbe dont il remplace la canule par une sonde molle à demeure. Sangsues au périnée.

Le 3[e] *jour,* tentative infructueuse de cathétérisme.

Le 5e *jour*, large incision périnéale qui conduit dans un cloaque de la grosseur d'une noix rempli de tissus mortifiés que l'on enlève avec des ciseaux. En injectant dans la vessie, par la sonde hypogastrique, de l'eau chloralisée, le liquide vient sourdre par la plaie et entraîne avec lui un caillot cylindrique qui met à jour l'orifice postérieur de l'urètre. Immédiatement une sonde molle est poussée dans la vessie, son bout antérieur ramené d'arrière en avant dans la portion pénienne et le canal se trouve rétabli.

Par malheur, le blessé, fort agité, enleve sa sonde urétrale dans la nuit suivante, et le Dr Barthélemy renonce à en introduire une nouvelle.

Le 7e *jour*, enlèvement de la sonde hypogastrique dont le tissu est fortement altéré; elle n'est pas remplacée, et des tentatives de cathétérisme rétrograde, faites sans doute dans le but de retrouver et de rouvrir le bout postérieur de l'urètre, ne donnent aucun résultat. Dès ce moment apparaissent des signes d'infiltration urineuse lente dans les tissus de l'abdomen ; et bien que la température vespérale ne dépasse que rarement 38°, bien que le malade se promène et mange, bien que l'urine s'écoule en faible quantité par le méat et par la plaie du périnée, on constate, le 22 mai, c'est-à-dire un mois après l'accident, juste au moment où la fistule hypogastrique se ferme à peu près complètement, deux petits abcès au-dessous et à gauche de l'ombilic. Ces abcès ouverts donnent du pus et des gaz, la fièvre devient violente, le thermomètre indique 39 et 40° le soir. C'est alors seulement que notre confrère cherche de nouveau à pénétrer dans la vessie par les voies naturelles, et sans trop de difficultés il y introduit une sonde n° 7, qui donne passage à l'urine. Il échoue le lendemain avec une sonde n° 9, et renonce définitivement à toute nouvelle tentative.

Au reste, les accidents se sont rapidement aggravés, une bougie poussée dans un des abcès incisés arrive presque dans la fosse iliaque gauche, la péritonite éclate, et le blessé succombe le 11 juin, cinquante jours après le traumatisme et la rupture de l'urètre. L'autopsie fait constater, en même temps que la péritonite purulente, la destruction presque complète des muscles obliques et transverses gauches par l'infiltration de l'urine. Vide, rétractée, la vessie n'offre pas trace du trajet de la ponction. Du côté du canal, une incision longitudinale de l'urètre permet de constater la cicatrisation totale de la boutonnière ; les tissus sont absolument sains; la paroi *supérieure* du canal au niveau du point lesé est brusquement interrompue par une rainure transversale d'où partent deux sillons en fer à cheval, venant aboutir au bout postérieur béant de l'urètre non incisé, englobant entre eux une sorte de verumontanum qui mettait obstacle au libre passage de

la sonde, obligée alors de faire un crochet, puis un coude brusque pour retrouver le canal normal.

Telle est, résumée en ses parties principales, l'observation intéressante de M. le Dr Barthélemy, mais notre confrère y ajoute quelques remarques que je ne puis toutes laisser passer sans conteste. Qu'il s'applaudisse d'avoir évité à son patient les tentatives de cathétérisme immédiat que se préparait à faire un médecin appelé en même temps que lui, je me range absolument à son opinion, mais je ne saurais admettre que, dans un cas semblable, la ponction hypogastrique soit indiquée de préférence à l'incision périnéale immédiate. En 1876, dans un rapport des plus complets, M. le professeur Guyon, rendant compte d'un mémoire de M. le Dr Cras (de Brest), aujourd'hui notre correspondant, *Sur les plaies de l'urètre dans la chute à califourchon*, envisageait sous tous les points de vue cette question du traitement des ruptures de l'urètre. Comme l'avait fait M. Cras et avant lui Notta (de Lisieux), le rapporteur, dans les cas graves, caractérisés par la rétention complète de l'urine, l'écoulement du sang par le méat, la formation d'une tumeur périnéale, concluait à la nécessité de l'incision immédiate au périnée avec passage et fixation d'une sonde dans l'urètre. Nos collègues, nos maîtres, MM. Rochard, Verneuil, Duplay, Trélat (*Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1876, t. II), se rangèrent à cette opinion. Dans ses leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, publiées en 1881, le professeur Guyon maintient fermement, plus fermement peut-être, parce que son expérience est devenue plus grande, ses conclusions de 1876. « Seule, dit-il, l'incision périnéale, avec recherche immédiate du bout postérieur et application de la sonde à demeure, remplit les indications thérapeutiques. » Notre collègue Terrillon, dans sa thèse d'agrégation, montre que, pratiquée dans 22 cas, l'incision périnéale immédiate a donné 22 succès (*Des ruptures de l'urètre*, Paris, 1878). Sans doute, il est moins net que M. Guyon sur les avantages de la sonde à demeure, mais il admet cependant ses excellents effets, si l'on s'entoure des précautions nécessaires. Dans un ouvrage plus récent encore, et dû à la collaboration de trois de nos collègues, MM. Després, Gillette et Horteloup (*Éléments de pathologie chirurgicale* de Nélaton, 2e édit., t. VI, 1884), l'incision périnéale immédiate est conseillée comme de nécessité. Il est vrai que la recherche du bout postérieur de l'urètre et le placement d'une sonde à demeure ne sont pas considérés comme devant suivre de suite, sans désemparer, l'ouverture du périnée, mais cette question n'est pas discutée par M. Barthélemy.

S'appuyant sur l'opinion émise par le professeur Lefort devant la Société de chirurgie, opinion également défendue par Daniel

Mollière (de Lyon), notre collègue de l'armée croit que l'incision immédiate conduit sur des tissus dont on ne peut apprécier la vitalité, expose au sphacèle des lambeaux urétraux, et par suite peut donner naissance à un tissu cicatriciel épais avec rétrécissement ultérieur forcé. En opérant tardivement, on peut enlever tous les tissus sphacélés et réunir (?) sous des tissus sains.

Il ajoute que la rétention d'urine étant complète, la tumeur périnéale n'était formée, chez son malade, que par du sang épanché, sans mélange avec de l'urine; que la ponction hypogastrique permet d'attendre, en évitant la suppuration de ce foyer. Nous ne voyons pas sur quels signes M. Barthélemy peut appuyer cette assertion. Tout au contraire, dès le 4e jour, il rencontrait sous son bistouri des tissus sphacélés, une cavité remplie de lambeaux cellulaires mortifiés, preuve frappante que quelques gouttes d'urine avaient filtré du bout postérieur dans le foyer traumatique. Compter sur le gonflement des tissus broyés ou contus, pour empêcher toute infiltration urineuse, c'est s'exposer à de graves mécomptes. Plus de neuf fois sur dix, une certaine quantité d'urine arrivera dans les tissus déchirés, par les efforts de miction du blessé, et l'infiltration sera d'autant plus probable que l'on aura plus longtemps attendu avant de vider la vessie. Chez l'opéré de M. Barthélemy, la ponction hypogastrique n'est faite que le lendemain de l'accident.

Dans ces conditions l'infiltration était probable, l'ouverture du périnée naturellement indiquée. On sait bien aujourd'hui que le passage de l'urine dans des plaies largement ouvertes n'offre aucun inconvénient. Une grande incision périnéale médiane n'expose par elle-même à aucun accident; elle ouvre une large voie à la sortie de l'urine. Si le bout postérieur de l'urètre ne peut être trouvé, s'il n'est pas possible de passer une sonde dans toute la longueur du canal, il n'y a pas lieu de trop s'en préoccuper. L'urine s'écoule par la plaie, et au bout de quelques jours, quand s'est terminé le dégorgement des tissus, la dilatation lente, progressive, permet de rétablir et de maintenir le calibre du canal déchiré.

Si le Dr Barthélemy n'avait pas vu son blessé succomber à une infiltration urineuse des muscles de l'abdomen, à une péritonite par propagation, nous comprendrions mieux sa prédilection pour la ponction hypogastrique. Mais, précisément, son observation démontre que cette opération, bien que simplement palliative, n'est pas toujours innocente. C'est du trajet vésico-hypogastrique que sont partis les accidents, et nous ne saurions, avec notre collègue, les imputer à l'altération rapide des sondes de gomme. La sonde hypogastrique, en effet, est enlevée le 7e jour, et les signes d'infiltration n'apparaissent, suivant lui, que le 34e jour.

Pour nous l'infiltration a débuté après le retrait de la sonde, elle s'est produite sous l'influence du rétrécissement rapide du trajet vésico-pariétal, à un moment où l'urètre non rétabli dans ses dimensions opposait un obstacle au cours normal des urines. Nous ne comprenons pas bien pourquoi notre collègue n'a pas tenté soit de remettre une sonde à demeure dans le canal, soit de rétablir sa perméabilité par le passage de bougies appropriées. S'il avait désespéré moins vite du succès, peut-être eût-il obtenu la guérison.

Le cathétérisme rétrograde n'a pas abouti dans ses mains. Ce n'est pas une raison pour repousser cette méthode, qui compte aujourd'hui d'assez nombreux succès. Rien de facile dans ces recherches que ne guide pas la vue. La moindre irrégularité dans les rapports normaux fait s'égarer le bec du cathéter. Il n'est pas toujours aisé de rencontrer dans la plaie périnéale le bout postérieur de l'urètre divisé. M. Barthélemy s'est aidé d'une injection vésicale hypogastrique de façon à faire sourdre dans la plaie le liquide poussé dans le réservoir urinaire. Dans des conditions semblables, c'est une tentative à faire, mais en limitant la force de l'injection pour éviter des infiltrations.

En somme, l'analyse de cette observation me conduit à une conclusion opposée à celle de son auteur. Loin d'admettre avec lui, comme règle de conduite, la ponction hypogastrique immédiate et l'incision périnéale retardée, je crois, avec mes collègues et presque tous les maîtres, que l'incision périnéale immédiate est la pratique la plus sûre, la seule qui réponde aux indications.

Je crois également que placer immédiatement une sonde à demeure et la maintenir pendant quelques jours est acte de prudence. Sans doute on peut réussir sans cette précaution et bien des chirurgiens la jugent inutile, mais les faits rapportés ne nous paraissent pas assez nombreux pour démontrer que l'on est toujours sûr, dans les tentatives de cathétérisme ultérieur, de trouver et de franchir le bout postérieur du canal. D'un autre côté, le fait que nous avons analysé plus haut prouve que l'incision périnéale, même retardée, même après maintien d'une sonde pendant quelques heures, ne suffit pas toujours pour assurer l'issue facile des urines et mettre à l'abri des accidents d'infiltration.

Je vous propose, Messieurs : 1° d'adresser des remerciements à M. le Dr Barthélemy ; 2° de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Delens. L'efficacité de l'incision périnéale est évidente, mais

la recherche du bout postérieur de l'urètre faite immédiatement peut être difficile.

J'ai toujours trouvé grand avantage à pratiquer la ponction avec aspiration plusieurs fois avant mon intervention. C'est une ressource dont le rapporteur n'a pas parlé et qui me paraît avantageuse.

M. Marchand. Il y a avantage de ne pas pratiquer la ponction hypogastrique au préalable.

Je n'ai fait qu'une seule fois l'incision périnéale et j'ai réussi facilement, et j'ai pu évacuer immédiatement la vessie.

M. Berger. Pourquoi retarder l'incision périnéale ; des raisons multiples indiquent de la faire au plus vite. 3 fois j'ai soigné de ces malades, les 3 fois j'ai incisé le périnée, dont une fois la nuit. J'eus une grande difficulté à trouver le bout postérieur. L'incision seule ne suffit pas toujours à permettre l'évacuation de la vessie.

J'ai toujours pu me guider sur la muqueuse dans cette recherche. En général, du reste, on la recherche trop profondément.

De mes malades, il y en a deux dont je n'ai pas eu de nouvelles.

Chez le 3e, la guérison sans fistule ni retrécissement a été suivie.

Cependant la ponction hypogastrique peut être utile.

M. Chauvel. Mon rapport ne traite pas la question en entier, mais la nécessité de faire l'incision périnéale quand les symptômes sont marqués.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Communication.

Note sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans les opérations qui se pratiquent sur le globe oculaire, par M. Terrier.

Ayant pu, grâce à l'obligeance de M. Trousseau, me procurer de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0, je me suis empressé de l'utiliser pour vérifier les assertions formulées par Köller, Kocmgstein, Reuss et Hoch, le 16 octobre dernier, à la Société impériale et royale de médecine de Vienne.

La cocaïne, ou plutôt son sel, serait un anesthésique puissant dans les opérations pratiquées sur l'œil, et ces propriétés viennent

d'être confirmées en France par le professeur Panas, Abadie et A. Trousseau.

Voici les faits qui me concernent :

Le 8 novembre dernier on instille 4 gouttes de chlorhydrate de cocaïne dans l'œil droit d'un malade atteint d'une affection de la cornée avec larges plaques de desquamation épithéliale.

Au bout de 5 minutes, la cornée était absolument insensibilisée et je pus abraser une large plaque d'épithélium qui recouvrait une ulcération, sans que le malade ressentît la moindre douleur. Or, cette petite opération avait été faite déjà 2 fois, et c'est avec grand'peine que j'avais pu la réaliser, vu l'hyperesthésie de la cornée et malgré le bon vouloir du patient.

Au bout de 17 minutes la sensibilité revient et le malade dit ressentir comme des ondes s'élargissant du centre de la cornée à la périphérie du globe. Une légère cuisson accompagne ces ondulations, qui d'ailleurs cessent au bout de 2 minutes.

Il persiste quelques douleurs vagues dans l'œil et il y a eu dans la journée une hypersécrétion de larmes.

La pupille, très largement dilatée par le collyre, est restée 2 jours sans revenir sur elle-même. Notons qu'elle était moyennement dilatée précédemment par l'atropine et que le chlorhydrate de cocaïne a percé la dilatation à l'extérieur.

Le second fait date d'aujourd'hui même.

Il s'agit d'une opération de cataracte pratiquée chez un homme ayant déjà subi la même opération pour l'autre œil.

Instillation de 3 gouttes de chlorhydrate de cocaïne, qui ne déterminèrent aucune sensation désagréable.

Cinq minutes après, anesthésie de la cornée et de la conjonctive, cette dernière un peu moins complète.

On place l'écarteur, on fixe l'œil avec la pince sans douleurs appréciables.

L'incision de la cornée est un peu douloureuse, surtout dans sa partie profonde.

L'iridectomie est douloureuse, de même que l'accouchement du cristallin, qui a été un peu pénible vu son volume, mais le nettoyage du champ pupillaire a été des plus facile étant donné l'insensibilité persistante de la cornée. Cette insensibilité existait encore au moment où fut appliqué le pansement, soit environ 20 minutes après l'instillation.

Donc, comme Abadie et le professeur Panas, nous avons bien constaté l'anesthésie pour les premiers temps de la cataracte tandis que l'iridectomie a été fort douloureuse suivant l'habitude.

Nous n'avons pas à insister sur ces points; toujours est-il

que les propriétés anesthésiques de la cocaïne nous semblent des plus précieuses pour les chirurgiens.

Discussion.

M. Nicaise. J'ai expérimenté sur 4 malades, ce matin, une solution en 2 0/0 de chlorhydrate de cocaïne; sur l'un d'eux, avec 5 gouttes l'insensibilité a été peu complète.

L'insensibilité n'a duré que 7 à 8 minutes.

Il n'y a eu aucune dilatation de la pupille.

On a prétendu aussi que le chlorhydrate de cocaïne pouvait anesthésier la muqueuse du voile du palais.

M. Chauvel. On emploie déjà cette substance sur le larynx, je m'en suis servi plusieurs fois.

M. Trélat. L'action est superficielle.

M. Terrier. Il est très difficile de se procurer une bonne substance, celle dont j'ai disposé venait d'Allemagne.

Dans un cas, 17 minutes s'étaient écoulées avant le retour de la sensibilité.

Chez le second, après 20 minutes, il était encore insensible.

Mes malades ont eu tous deux de la dilatation pupillaire.

On a dit que cette substance n'avait pas d'action sur un œil enflammé; or, j'ai vu le contraire chez mon premier malade.

L'action me paraît suffisamment persistante pour la plupart des opérations.

On pourrait du reste renouveler l'instillation.

M. Nicaise. Chez 3 de mes malades j'avais eu de l'anesthésie bien réelle, cependant ma solution était de moitié plus faible que celle de M. Terrier.

Neuf mois de service à la clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, par M. Terrillon.

J'ai occupé, en qualité d'agrégé, la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. le professeur Gosselin, du 1er novembre 1883 au 1er août 1884.

Pendant cet espace de temps, je me suis efforcé d'user dans mon service de tous les moyens que la méthode des pansements antiseptiques met actuellement entre nos mains, pour éviter les acci-

dents auxquels sont exposés les malades qui ont subi des opérations chirurgicales.

Grâce aux précautions que j'avais imposées à mes élèves et que je m'imposais à moi-même, j'ai eu, pendant mon exercice, les résultats les plus satisfaisants et qu'il est bon, je crois, de faire connaître. Ils peuvent être utiles pour encourager ceux qui suivent avec exactitude les préceptes de la méthode de Lister, et ils pourront peut-être faire des adeptes parmi ceux qui ne les ont pas encore adoptés.

Je profite de cette occasion pour remercier M. le docteur Routier, mon chef de clinique, de tout le zèle avec lequel il a bien voulu me seconder; je remercie aussi les élèves de mon service.

Le mouvement général dans les deux salles de mon service (Sainte-Vierge, hommes, — Sainte-Catherine, femmes) fut de 763 malades (238 femmes, 525 hommes),

Sur ce nombre de malades, j'ai pratiqué 60 opérations importantes à divers titres et ayant nécessité l'emploi du chloroforme. Il sera facile de vérifier les détails principaux de ces observations dans le tableau annexé à ce travail.

A ces opérations sérieuses, j'ajouterai 40 opérations ordinairement moins importantes et dont je n'indiquerai que les traits principaux. Il s'agit donc en tout de 100 opérations chirurgicales, auxquelles on peut joindre 9 ponctions articulaires pratiquées pour diverses affections du genou.

Je ne parle pas, bien entendu, des ouvertures d'abcès, panaris et menues opérations du même genre.

Parmi les malades qui ont subi des opérations, nous n'avons eu que quatre morts ; et il m'a semblé qu'aucune de ces morts ne peut être imputable à la méthode de pansement employée ou aux soins consécutifs.

On peut en juger, du reste, par l'énoncé des causes de l'opération.

Nous avons perdu : une gastrostomie pratiquée à la période cachectique chez un malade atteint de cancer à l'extrémité supérieure de l'œsophage. Les pièces anatomiques et l'observation ont été présentées à la Société de chirurgie dans le courant de cette année. Il ne paraissait pas y avoir eu d'accidents à la suite de l'opération, du côté du péritoine, et le malade est mort d'épuisement.

Deux hernies étranglées qui furent opérées d'urgence, l'une par M. Schwartz, chirurgien du Bureau central, l'autre par M. Routier, chef de clinique. Dans le premier cas, il s'agisait d'un homme de soixante-quinze ans atteint de hernie inguinale étran-

glée, qui fut opéré le 4 mars et mourut de pneumonie constatée à l'autopsie le 15 mars, onze jours après l'opération.

Dans le second cas, c'était une femme de cinquante-sept ans ayant une hernie crurale étranglée depuis plus de deux jours, avec un intestin très altéré, et qui mourut de péritonite quatre jours après l'opération.

Enfin, une malade atteinte d'épithélioma du col utérin, qui a succombé de péritonite à la suite de l'ablation.

Tels sont les seuls cas de mort qui ont été signalés dans mon service, à la suite d'une opération. En présence des causes de la mort et de la nature de l'opération, il est difficile, je crois, de ne pas admettre que ces accidents n'auraient pu être évités quelle que fût la méthode de pansement employée.

Je vais maintenant donner le résumé rapide des opérations que j'ai pratiquées :

Les opérations sérieuses à divers titres dont l'indication se trouve dans les tableaux ci-joints peuvent se décomposer de la façon suivante:

1° Opérations pratiquées sur la tête, le cou et le tronc, 15 ;

2° Opérations pratiquées sur les organes génito-urinaires, hommes et femmes, 14 ;

3° Opérations sur les membres, 18 ;

4° Intervention et grattages sur les ganglions suppurés et les abcès froids ou osseux, 13.

Voici quelques indications sommaires sur les opérations de ces divers groupes.

Premier groupe. — Deux résections temporaires du nez, pour épithélioma des fosses nasales et de l'orbite.

Trois ablations du sein avec ganglions axillaires.

Trois sarcomes du cou, un superficiel, un profond et un de la parotide.

Une résection du nerf spinal (branche externe).

Deux hernies étranglées.

Une trépanation du maxillaire inférieur avec résection du nerf dentaire.

Deuxième groupe. — Une amputation de cuisse.

Une amputation de jambe.

Une amputation de bras.

Une amputation d'avant-bras.

Deux amputations de doigts.

Une ostéotomie pour genu valgum.

Une résection complète du radius.

Deux ablations totales des ganglions axillaires.

Une ablation d'un kyste volumineux du creux poplité et de deux kystes sinoviaux de la gaine des radiaux.

Troisième groupe. — Une castration.

Deux hématocèles de la vaginale traitées par l'ouverture large et le grattage.

Trois méthrotomies internes.

Deux ablations du col de l'utérus.

Une périnéorraphie.

Quatrième groupe. — Trois grattages de ganglions tuberculeux suppurés.

Six grattages pour lésions osseuses chroniques.

Trois pour abcès froids des parois thoraciques.

J'ai dit que je pouvais joindre à ces malades neuf ponctions articulaires pour hydarthroses ou hémohydarthroses, ayant donné toutes d'excellents résultats.

Enfin, des opérations moins importantes au nombre de quarante peuvent se grouper de la façon suivante :

Huit hydrocèles, toutes traitées par la méthode de Defert, toutes guéries sans accidents.

Six phlegmons étendus et profonds de l'aisselle, ouverts et traités au pansement de Lister, tous guéris rapidement.

Huit abcès du sein, profonds et étendus, ouverts et traités au pansement de Lister, tous guéris sans accidents et rapidement.

Six phlegmons profonds de la main avec fusées purulentes, guéris sans accidents.

Six anthrax du dos et de la nuque, guéris sans accidents.

Six adéno-phlegmons du cou et sus-hyoïdiens, ouverts, traités au Lister, guéris.

Outre ces opérations, nous avons eu à soigner, comme dans tous les services de chirurgie, une série de fractures, les unes simples, dont nous ne parlerons pas, les autres compliquées, qui furent traitées par la méthode antiseptique.

Nous trouvons parmi les plus graves :

Cinq fractures compliquées de jambe.

Une d'avant-bras.

Une du bras.

Une de la cuisse.

Tous ces malades ont guéri, sauf un de ceux atteints de fractures compliquées de la jambe. C'était un homme de 42 ans ayant, outre sa fracture et une plaie immédiate, une plaque de gangrène qui donna une plaie secondaire.

Le malade allait bien malgré son delirium tremens assez prononcé, lorsque, dans un accès plus aigu, il se leva, défit son appa-

reil et marcha dans la salle. Le lendemain même, il eut un premier frisson et il se déclara une gangrène septicémique foudroyante qui entraîna la mort.

J'ai dit, en commençant, que 763 malades ont passé dans mon service, j'ai énuméré les opérations pratiquées et j'ai noté en passant que parmi ces opérés il n'y eut que quatre morts.

Je ne voudrais pas laisser croire que dans un service aussi actif je n'ai perdu que quatre malades, j'ai voulu seulement parler de ceux qui avaient subi une opération.

Parmi les autres malades, il y eut 18 morts, mais tous avaient présenté des affections chirurgicales ou médico-chirurgicales tellement graves qu'aucune intervention n'était possible, et ils sont morts par les progrès de la maladie, souvent quelques heures ou quelques jours après leur admission dans mon service.

Ces malades, pour lesquels la chirurgie est restée inactive et par conséquent impuissante, sont morts par le fait des maladies qu'on peut grouper de la façon suivante :

Cancer avec cachexie	3
Fracture du col du fémur chez des vieillards, avec accidents pulmonaires	2
Fractures multiples sans plaies (grand traumatisme), avec ou sans delirium tremens	2
Tuberculoses généralisées au deuxième degré	2
Brûlures étendues	2
Infiltration d'urine	1
Un malade envoyé de médecin, non vu	1
Rétrécissement du rectum, empoisonnement volontaire	1
Lymphangite gangreneuse chez une vieille femme cachectique	1
Hémorragie dans un foyer purulent (pièces présentées à la Société de chirurgie)	1
Un kyste de l'ovaire (morte par accidents cérébraux, présentée à la Société de chirurgie)	1

Tête, cou et tronc.

1° Galet, 20 ans. — Entré le 14 décembre 1883, sorti le 16 janvier 1884. Sarcome profond du cou, ablation. — Guérison.

2° Vilot, 42 ans. — Sarcome étendu de la peau, de l'épaule et du cou, ablation totale. — Guérison.

3° Duliège, 63 ans. — Entré le 27 décembre 1883, sorti le 25 janvier 1884. Cancer du sein, ganglions axillaires, ablation. — Guérison.

4° Lhomme, 59 ans. — Entré le 27 octobre 1883, sorti le 11 janvier 1884. Épithélioma des fosses nasales et de l'orbite, résection

temporaire du nez, ablation de la tumeur. — Guérison (observation présentée à la Société de chirurgie, 1884).

5° Montreuil, 53 ans. — Entré le 23 octobre 1883, sorti le 13 décembre 1883. Sarcome de la parotide, ablation. — Guérison.

6° Buquet, 61 ans. — Entré le 1er mars, venant du service de M. Féréol, mort le 12 mars. Épithélioma de la partie supérieure de l'œsophage, gastrostomie. — Mort d'épuisement sans péritonite (pièces présentées à la Société de chirurgie, 1884).

7° Espardeilla, 32 ans. — Entré le 12 juin 1884, sorti le 15 octobre 1884. Épithélioma ou sarcome de la partie supérieure des fosses nasales et de l'orbite gauche, résection temporaire du nez, ablation de l'œil et de la tumeur profonde. — Guérison.

8° Bottenger (Marie). — Entrée le 19 mars 1884, morte le 23 mars. Hernie crurale étranglée de plus de deux jours, opération. — Morte de péritonite.

9° Dupuy, 32 ans. — Entré le 21 juin, sorti le 21 juillet. Névralgie du trijumeau, surtout du dentaire inférieur, trépanation maxillaire, résection du nerf dentaire, guérison peu après résection du sus-orbitaire. — Guérison.

10° Marcellot, 60 ans. — Entré le 16 mai 1884, sorti le 20 juillet. Kyste hydatique du foie très volumineux, drainage et lavage. — Guérison.

11° Castel, 49 ans. — Entré le 12 juillet, sorti le 1er août. Vaste lipome diffus de la nuque et du dos, ablation. — Guérison.

12° Mamlanda, 70 ans. — Entré le 11 juillet, sorti le 2 septembre. Cancer du sein, ganglions axillaires, opération. — Guérison.

13° Mibord, 49 ans. — Entré le 7 mars, sorti le 14 juin. Carcinome du sein, ganglions, opéré. — Guérison.

14° Rameau, 29 ans. — Entré le 1er février, sorti le 15. Récidive d'un sarcome du sein double, opération. — Guérison.

15° Fraquet, 35 ans. — Torticolis spasmodique, résection du spinal externe et d'un filet du facial. — Guérison de l'opération, amélioration de la névralgie.

Voies génito-urinaires.

1° Duchenne, 52 ans. — Rétrécissement de l'urètre. — Entré le 4 décembre 1883, sorti le 10 février 1884. Urétrotomie interne.

2° Gluglielmo, 43 ans. — Testicule remonté et névralgique. — Entré le 13 décembre 1883, sorti le 6 février 1884. Castration unilatérale.

3° Mazaud, 25 ans. — Hydro-hématocèle. — Entré le 8 décembre 1883, sorti le 31 janvier 1884. Ouverture et grattage.

4° Watebled, 35 ans. — Hydro-hématocèle. — Entré le 5 décembre 1883, sorti le 15 février 1884. Ouverture large, grattage (publié dans *Progrès*). Poche scroto-abdominale.

5° Élouard, 32 ans. — Fistule urétrale pénienne. — Entré le 9 janvier 1883, sorti le 23 février 1883. — Opéré et guéri.

6° Maisonnier, 57 ans. — Rétrécissement de l'urètre. — Entré le 6 mai 1883, sorti le 25 juillet 1883. Urétrotomie interne.

7° Breton, 31 ans. — Fibromyome de l'épididyme. — Entré le 29 novembre 1883, sorti le 30 novembre 1883.

8° Dalley, 63 ans. — Cystite purulente, infiltration d'urine. — Entré le 3 mai 1883, sorti le 1er septembre 1883.

9° Perrot (Marie), 39 ans. — Polype du col de l'utérus. — Entrée le 8 décembre 1883, sortie le 20 décembre 1883. — Opérée et guérie.

10° Kocher (Madeleine), 40 ans. — Polype du col. — Entrée le 29 novembre 1883, sortie le 31 décembre 1883, opérée. — Guérie.

11° Gabaille (Cécile), 45 ans. — Polype fibreux de l'utérus. — Entrée le 6 mars 1884, sortie le 16 avril 1884. — Guérie.

12° Brinville (Marie), 32 ans. — Épithélioma du col utérin. — Entrée le 5 décembre 1883, sortie le 31 décembre 1883. — Ablation au galvano-cautère.

13° Épithélioma du col de l'utérus. — Ablation avec le fil galvanique. — Mort.

14° Entré le 4 février, sorti le 2 mars. — Rupture complète du périnée, périnéorraphie, guérison. (Observations publiées dans le *Bulletin thérapeutique* du 15 juin 1884.)

Membres.

1° Noel, 17 ans. — Entré le 4 décembre 1883, sorti le 29 janvier 1884. Genu valgum très prononcé à gauche. Ostéotomie. — Guérison.

2° Petit, 16 ans. — Entré le 26 novembre 1883, sorti le 27 décembre. Exostose sous-unguéale du gros orteil, ablation. — Guérison.

3° Vouin (Louis), 8 ans. — Entré le 25 octobre 1883, sorti le le 17 février 1884. Ostéo-périostite suraiguë du radius gauche, ablation totale de l'os. — Guérison.

4 Valetti, 28 ans. — Entré le 10 mai. Ostéo-arthrite fongueuse du cou-de-pied suppurant depuis longtemps, amputation sus-malléolaire avec lambeau talonnier. — Guérison presque complète, reste une fistule, amélioration de l'état général.

5° Ualmiche, 48 ans. — Entré le 19 juin 1884, sorti le 10 juillet 1884. Angiome sous-cutané douloureux en avant du tendon rotulien, ablation. — Guérison.

6° Giégad, 17 ans. — Entré le 1er juillet 1884, sorti le 18 juillet 1884. Exostose sous-unguéale coïncidant avec de nombreuses exostoses ostéogéniques, ablation. — Guérison.

7° Boulanger, 19 ans. — Entré le 18 avril, sorti le 10 mai. Ostéo-arthrite fongueuse du coude suppurant depuis longtemps, résection. — Amélioration de l'état général, restent des fistules.

8° Deleu, 19 ans. — Entré le 10 juillet, sorti le 10 août 1884. Séquestre invaginé dans le radius, ablation. — Guérison.

9° Léjelard, 51 ans. — Entré le 17 avril, sorti le 12 mai 1884. Ostéo-arthrite fongueuse du poignet suppurant depuis longtemps, amputation de l'avant-bras. — Guérison.

10° Rohe, 27 ans. — Entré le 19 avril, sorti le 1er mai 1884. Kyste hématique du creux poplité, ablation. — Guérison.
Ostéo-sarcome de l'avant-bras. — Guérison.

11° Rouzier, 25 ans. — Entré le 16 février 1884, sorti le 5 juin 1884. Plaie intra-articulaire du genou, suppuration, infection purulente, amputation des cuisses. — Guérison.

12° Duhy (Adèle), 21 ans. — Entrée le 5 juin, sortie le 18 juin. Amputation du petit doigt par ankylose vicieux. — Guérison.

Amputation du médius pour ostéo-arthrite très étendue. — Guérison.

Ablation de tous les ganglions axillaires hypertrophiés et caséeux. — Guérison.

Ablation de tous les ganglions axillaires et caséeux. — Guérison.

13° Manuel, 15 ans. — Entré le 2 février, sorti le 14 février. — Kyste de la gaine des radiaux, extirpation. — Guérison.

Grattages.

1° Manner, 22 ans. — Entré le 22 novembre 1883, sorti le 7 février 1884. Périostite, suite de fièvre typhoïde sur le tibia et sur le cubitus, grattage, ablation de petits séquestres. — Guérison.

2° Marizier, 54 ans. — Entré le 29 janvier, sorti le 26 février. Ganglions tuberculeux multiples du cou suppurés, ouverture large, grattage, drainage. — Guérison.

3° Caplin, 29 ans. — Entré le 10 juin 1884, sorti le 22 juillet. Ganglions caséeux suppurés avec fistule de l'aisselle droite, ouverture large, grattage, drainage. — Guérison.

4° Rousseau, 37 ans. — Entré le 9 février, sorti le 20 avril. Carie

profonde du calcanéum ancien, grattage, évidement, guérison temporaire. — Récidive.

5° X..., 40 ans. — Entré le 2 avril, sorti le 1er juin. Carie ancienne du calcanéum, évidement. — Guérison.

6° Mignotte, 44 ans. — Entré le 15 juillet. Encore en traitement. Abcès froids et carie profonde du sternum, grattage étendu, le malade est encore à l'hôpital, en bonne voie de guérison.

7° Kriesler, 59 ans. — Entré le 13 novembre 1883, sorti le 13 décembre. Ostéite fongueuse de l'olécrâne, suites de douleurs profondes, fistule. Ouverture large, grattage. — Guérison.

8° Laurent, 16 ans. — Entré le 10 novembre 1883. Parti pour Berk le 14 juin. Carie de l'ischion, fistule périnéale, ouverture large, grattage. — Pas de résultat définitif.

9° X..., 14 ans. — Traitement externe qui a duré quatre mois. Ganglions tuberculeux suppurés du cou, ouverture large, grattage, ablation de deux ganglions. — Guérison.

10° Patoy, 27 ans. — Entré le 15 mai, sorti le 15 juin. Abcès froid des parois thoraciques, ouverture large, grattage. — Guérison.

11° Bonneau, 17 ans. — Entré le 4 février, sorti le 4 juillet. Abcès froid des parois thoraciques très étendu, carie fongueuse, affaiblissement général considérable, ouverture large, grattage. — Guérison.

12° Jeanton, 29 ans. — Entré le 15 mai, sorti le 5 juillet. Abcès froid de la paroi thoracique avec fongosités, ouverture large, grattage. — Guérison.

Ponctions articulaires.

1° Domanget, 44 ans. — Entré le 5 avril, sorti le 10 mai. Hémohydarthrose par contusion du genou, ponction, liquide brun noirâtre. — Guérison.

2° Colin, 18 ans. — Entré le 31 mai, sorti le 1er août. Hydarthrose ancienne, liquide séro-sanguinolent. — Guérison.

3° Nuzillard, 38 ans. — Entré le 1er juillet, sorti le 1er août. Arthrite avec épanchement par entorse du genou, ponction, liquide séro-fibrineux. — Sorti presque guéri.

4° Roche, 20 ans. — Entré le 1er mai, sorti le 12 juin. Hémohydarthrose par contusion du genou, ponction, liquide épais sanguinolent. — Guérison.

5° Girot (Marie), 53 ans. — Entrée le 5 novembre, sortie le 23 décembre. Hémohydarthrose du genou par contusion; ponction, liquide séro-sanguinolent. — Guérison.

6° Rémy (Marie). — Entrée le 13 novembre, sortie le 13 décembre. Hydarthrose du genou, ponction, liquide séreux. — Guérison.

7° Pillon (Charles), 24 ans. — Entré le 3 septembre, sorti le 3 novembre. Hydarthrose par arthrite blennorragique, ponction le 2 novembre, liquide jaune, citrin, sirupeux, louche. — Sorti guéri.

8° Barro, 27 ans. — Entré le 13 novembre, sorti le 2 janvier 1884. Hydarthrose, suite de traumatismes antérieurs, ponction, liquide louche, fibrineux. — Guéri.

9° Main (Louis), 25 ans. — Entré le 14 février, sorti le 31 juillet. Arthrite traumatique pendant l'état puerpéral, ponction, terminaison par demi-ankylose fibreuse.

Discussion.

M. Berger. Je demanderai à M. Terrillon s'il a relevé le mouvement des érysipèles dans ce service, j'en ai vu d'assez nombreux au commencement de l'année. Je ne crois pas en avoir perdu, mais j'en ai vu un malgré le pansement de Lister.

M. Terrillon. Je n'ai vu que trois cas bénins, dont un auquel j'avais fait la résection temporaire du nez ; je n'en ai pas eu pour le sein.

M. Trélat. Je ne sais quel sera mon expérience dans ce service où je suis depuis quinze jours. Il était devenu le dépotoir des examens de la faculté. On y défaisait les pansements, etc. J'y ai mis ordre et je suis disposé à demander à ce que l'on envoie les élèves dans les quatre services de cliniques pour décharger un peu ceux de la Charité et de l'Hôtel-Dieu.

M. Berger. A la Charité, il y a une certaine distinction à faire. J'ai eu longtemps les deux services à diriger. Il y a eu de bonnes et de mauvaises salles. Dans les salles du petit service, occupé aujourd'hui par M. Després, il n'y avait presque jamais d'érysipèle. Cependant, dans le grand service de clinique, je trouvais beaucoup plus d'accidents, je faisais mes pansements moi-même, et mes opérés n'étaient certainement pas soumis aux examens.

Présentation de malade.

M. Berger. On se rappelle, sans doute, que M. Guermonprez (de Lille) a proposé, dans les traumatismes graves des doigts, d'amputer le métacarpien en même temps que le doigt qu'il est impossible de conserver. Il espérait de la sorte donner plus de mobilité et d'adresse aux doigts restants.

Je vous présente un homme qui prouve que la proposition de M. Guermonprez ne doit pas être admise. Cet homme a perdu son médius et son index avec les métacarpiens correspondants, à la suite d'un écrasement de la main. Or, ainsi que vous pouvez le voir, non seulement les mouvements des doigts restants ne sont pas plus libres, mais encore ils sont singulièrement gênés par la cicatrice.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

JUST CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 26 novembre.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de Médecine ;*

2° Le tome LXVI des *Transactions médico-chirurgicales* publiées par la Société médicale et chirurgicale de Londres ;

3° Le tome XXXIV des *Transactions de la Société pathologique* de Londres ;

4° *De l'excision du Tarse nécessaire dans le pied bot des enfants*, par le Dr FOREST-WILLARD (de Philadelphie);

5° M. le Dr EUSTACHE (de Lille) adresse une observation de *Taille hypogastrique* (rapporteur, M. BERGER);

6° M. ANGER dépose, de la part de M. le Dr TURGIS (de Falaise), candidat au titre de membre correspondant, une observation de plaie de la verge et une note sur deux opérations de bec-de-lièvre double.

A l'occasion du procès-verbal.

Influence du choléra sur les indications opératoires.

M. Després. Puisqu'il a été question dans votre dernière séance des services de la Charité, permettez-moi d'attirer brièvement votre attention sur un point intéressant. Nous avons eu à la Charité des cas intérieurs de choléra, j'en ai eu deux dans mon service : l'un est le jeune homme auquel j'ai amputé la cuisse pour une gangrène spontanée du pied, il a guéri, du reste. L'autre était un urinaire et a succombé. Malgré l'existence du choléra, j'ai pratiqué sept grandes opérations et j'ai examiné quelle pouvait être l'influence de l'atmosphère cholérique sur les opérés. J'ai eu la satisfaction de constater qu'elle était nulle, et cela est bon à dire pour rassurer encore la population déjà trop affolée par tout ce qu'on a dit de trop sur le choléra.

Voici les opérations qui ont été pratiquées :

1° Sarcome de la parotide de la grosseur d'une orange. Ablation avec le bistouri, le 4 octobre ; la malade est aujourd'hui guérie et sa température n'est pas montée au-dessus de 37°;

2° Ablation d'un sarcome récidivé de la mamelle adhérent au pectoral avec ganglion axillaire profond isolé. Ablation avec le bistouri, le 29 octobre ; la malade se lève et sa plaie est en bonne voie de cicatrisation ;

3° Fibrome interstitiel de la grande lèvre gauche avec prolongement dans le petit bassin. Ablation avec le bistouri, le 5 novembre, la malade est aujourd'hui en état de sortir;

4° Sarcome du testicule, noyaux cancéreux du cordon. Ablation, avec le bistouri, du testicule et du cordon, jusque dans le canal inguinal, le 6 novembre (le jour où un de mes malades prit le choléra) ; le malade se lève, il n'a pas dépassé 38°;

5° Périnéorraphie, suture à trois étages, le 19 novembre, aucun accident ;

6° Adénome du sein du volume d'une mandarine. Ablation avec le bistouri, le 19 novembre. La température, jusqu'à ce jour, ne s'est pas élevée au-dessus de 37°. La malade va bien et guérira.

7° Ablation, avec l'écraseur linéaire, d'un careinome de la langue, 1/4 de la langue, le 22 novembre ; le malade se lève et n'a pas traces de fièvre.

Voilà ce que j'ai fait comme grandes opérations, il n'est rien arrivé d'ailleurs aux malades opérés de fistules anales ou d'hydrocèle.

Aucun de ces opérés, sauf la malade au sarcome récidivé, n'a eu

de fièvre. Celle-ci a eu pendant 7 jours près de 40 et une fois 41°. C'est la seule qui ait paru subir l'influence épidémique, elle a eu une journée 20 selles. C'était la cholérine, nous avons arrêté cet accident à l'aide de la diète absolue et 4 grammes de diascordium.

J'ai pensé, Messieurs, que ces faits auraient leur intérêt, et ils prouvent que les épidémies ne sont pas de nature à modifier les indications opératoires et qu'elles n'aggravent pas autrement ce pronostic des opérations.

Discussion.

M. Terrier. Je trouve curieux que M. Després puisse faire ainsi des opérations, à une époque d'épidémie. J'en suis d'autant plus étonné, que l'hôpital dans lequel il exerce a eu 44 cas de choléra, et que l'administration qui dirige cet hôpital et qui dirige également l'hôpital Bichat a cru devoir fermer le service que j'occupe dans ce dernier établissement, sous prétexte qu'on y avait reçu 48 cholériques. Serait-ce par hasard parce que M. Després est conseiller municipal, que le choléra est ainsi sans inconvénients sur ses opérés ?

M. Després. Je ne suis pour rien dans l'établissement d'un service de cholériques à l'hôpital Bichat. Je suis encore plus en dehors de la mesure qui a privé mon collègue de son service. C'est à M. Quentin que revient la responsabilité du fait.

Je puis affirmer que si cela avait été en mon pouvoir, je me serais opposé de toutes mes forces à la ridicule mesure dont il est en ce moment la victime.

Rapport.

Rapport sur le traitement du trichiasis et de l'entropion par la cautérisation des paupières avec le thermo-cautère, par M. F. Terrier.

Deux observateurs, M. Vieusse, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Perpignan, et M. A. Trousseau, ancien interne des hôpitaux de Paris, ont envoyé successivement à la Société de chirurgie un travail sur l'emploi du thermo-cautère dans la thérapeutique de l'entropion et du trichiasis. Désigné pour faire ur rapport sur ces deux mémoires, j'ai cru devoir les analyser et les

comparer devant vous, en y ajoutant quelques recherches sur l'histoire de l'emploi de la cautérisation actuelle dans le traitement de ces affections assez connexes : l'entropion, le trichiasis et l'ectropion.

I. Le travail de M. Vieusse a pour titre : *Du traitement du trichiasis au moyen de cautérisations faites sur la paupière avec le thermo-cautère.*

Étant en Algérie, l'auteur eut, dit-il, à soigner beaucoup de sujets atteints de trichiasis, et généralement il utilisait le débridement de l'angle externe des paupières combiné à l'emploi des sutures de Gaillard (de Poitiers). Or, malgré « des succès multiples et durables », M. Vieusse n'était pas satisfait de son procédé et cherchait quelque chose de mieux et de plus facile à pratiquer.

Le hasard, sous la forme d'un Arabe originaire du Maroc, vint le tirer d'embarras. Je m'explique : cet homme, atteint de trichiasis de la paupière supérieure, en avait été guéri par un médecin indigène à l'aide d'un procédé simple. Deux raies de feu, d'une longueur d'un centimètre et demi, dont on voyait très bien les traces sur la paupière, avaient suffi pour rétablir la direction des cils; les cicatrices, à peine visibles, se cachaient complètement derrière le rebord orbitaire et il n'y avait nulle tendance à l'ectropion.

M. Vieusse utilisa donc ce procédé essentiellement arabe, voire même marocain; seulement, au lieu d'un cautère ordinaire, il crut devoir employer le thermo-cautère, d'un plus facile usage. Voici ses observations résumées :

Obs. I. — Jeune juive de 19 ans, trichiasis des deux paupières supérieures, altération des cornées. La malade est endormie, et, abaissant les paupières supérieures, il fait à leur moitié externe, la seule déviée, et avec le thermo-cautère, deux incisions *perpendiculaires* au bord palpébral et longues d'un centimètre et demi. « Ces deux incisions, qui commencent à deux millimètres du bord libre de la paupière, pénètrent jusqu'au muscle orbiculaire. L'externe se trouve à un centimètre en dedans de la commissure palpébrale; l'interne, distante de la première d'un centimètre environ, correspond au milieu de la paupière. »

Les suites furent très simples, les incisions se recouvrirent d'une croûte et suppurèrent; dès le 7e jour, les paupières étaient attirées en dehors, et, le 11e jour, la cicatrice était faite. Au 20e jour, la guérison du trichiasis était parfaite et elle s'est bien maintenue. Les cicatrices sont à peine visibles.

Obs. II. — Jeune Arabe de 25 ans. Trichiasis des deux paupières de l'œil gauche; ou plutôt, pour nous, trichiasis de la paupière supé-

rieure et entropion de l'inférieure, d'où pannus de la cornée et conjonctivite chronique.

On opère en haut par le débridement de l'angle externe et 2 sutures de Gaillard. Sur la paupière inférieure, où existe l'entropion, M. Vieusse fait, avec le thermo-cautère, trois incisions d'un centimètre et demi de long, perpendiculaires au bord palpébral. Ces trois incisions sont distantes l'une de l'autre d'un centimètre et la moyenne occupe la partie médiane de la paupière; elles pénètrent jusqu'à l'orbiculaire, qui est légèrement atteint.

Les réactions inflammatoires, très vives pour la paupière supérieure, furent presque nulles pour l'inférieure. Au 13e jour, tout était en voie de guérison et l'entropion avait disparu en bas, le trichiasis en haut.

Le 20e jour, guérison complète, qui s'est maintenue; notons toutefois que les encoches des sutures de Gaillard, visibles à la paupière supérieure, sont plus marquées que les traces des traits de feu appliqués sur la paupière inférieure.

En résumé, la cautérisation donne lieu à moins d'inflammation et détermine moins de cicatrices apparentes.

Obs. III. — Soldat arabe, 27 ans, trichiasis des deux paupières, à droite, qui encore pour nous paraît être un trichiasis de la paupière supérieure et un entropion de l'inférieure. Pannus de la cornée. Ici, on utilise le thermo-cautère pour la paupière supérieure, c'est-à-dire contre le trichiasis, et le débridement palpébral avec 2 sutures Gaillard pour l'entropion inférieur. Mêmes résultats que plus haut, à cette différence près que l'inflammation vive se manifesta à la paupière inférieure; du reste, guérison persistante.

Obs. IV. — Elle est due au Dr Jourdan, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Perpignan. Jeune femme de 28 ans, ayant un double *entropion* des deux yeux, marqué surtout à la paupière inférieure. Kératite vasculaire double.

On opère les deux paupières supérieures par le procédé Gaillard, après débridement de l'angle externe. La guérison a lieu au bout de 3 semaines.

Alors, seulement, on opéra les deux paupières inférieures par le procédé que j'appellerai *marocain* et on fit 2 sutures verticales pour chaque paupière. La guérison était parfaite au bout de 15 jours et sans phénomènes réactionnels sérieux, car la jeune fille put continuer à surveiller un asile d'enfants.

M. Vieusse aurait pu, dit-il, multiplier ces observations, puisqu'il fit au moins quatre ou cinq de ces opérations par mois pendant ses quatre ans de séjour en Algérie, ce qui nous donne le respectable chiffre de 240. Il est bien malheureux qu'il n'ait pas cru devoir donner une statistique exacte, car une telle expérience offre un intérêt tout spécial et vaut toujours mieux que des asser-

tions, d'autant que quelques pages plus loin l'auteur ne parle plus que de 40 opérations. Quoi qu'il en soit, à la fin de son travail, et après un court aperçu sur l'emploi de la cautérisation dans le traitement du trichiasis, aperçu dans lequel il se borne à citer Celse, Cusco et le professeur Lefort, M. Vieusse revient sur le *modus faciendi* de cette méthode et sur l'emploi du thermo-cautère.

Il faut, dit-il, endormir le patient, ce qui ne nous paraît pas devoir être fatal, le médecin marocain ayant dû se passer de ce premier temps. Puis il insiste sur le nombre des incisions nécessaires: 2 ou 3; sur leur longueur: 1 centimètre et demi; sur leur profondeur, qui ne doit pas dépasser l'orbiculaire. Nous n'avons pas à revenir sur ces points, déjà signalés à propos de chaque observation. Quant au mode de guérison de l'entropion, il résulte fatalement de la formation d'un tissu de cicatrice, d'un tissu inodulaire, comme le constate M. Vieusse; nous verrons plus loin que ce rôle du tissu de cicatrice, produit par une brûlure, a été déjà utilisé par un Arabe, Abulcasis, et expliqué par Delpech en 1828.

II. Le mémoire du Dr A. Trousseau a pour titre : *De l'emploi du thermo-cautère dans la cure de l'entropion et du trichiasis.*

Après avoir mentionné l'emploi du fer rouge par les anciens (Celse et les Arabes), l'auteur insiste surtout sur l'influence heureuse de la découverte du thermo-cautère, à propos de l'emploi du feu dans cette chirurgie des paupières. Il rappelle que cet emploi a été vanté par Galezowski en 1877, puis par Cusco en 1878, enfin par Scellingo en 1883; que, d'autre part, toujours en 1883, il a été témoin de quelques succès incontestables dans notre service de chirurgie de l'hôpital Bichat.

Séduit par la simplicité de cette méthode et par les résultats constatés, M. A. Trousseau résolut de l'expérimenter à sa clinique, et ce sont ces résultats et les nôtres qu'il expose dans son travail.

Voici comment il procède : les paupières sont lavées à l'eau phéniquée (1/100) ou boriquée (4/100); puis, surtout si le patient est un enfant, on administre le chloroforme; toutefois, cette anesthésie n'est pas fatale et un adulte peut s'y soustraire. Sous la paupière à opérer on introduit la plaque d'écaille de Beer, destinée à protéger le globe, et cette paupière est bien étalée sur la plaque.

Alors, avec le thermo-cautère chauffé au rouge ordinaire, on trace, parallèlement au bord ciliaire et à 3 ou 4 millimètres de lui, un sillon allant d'un angle à l'autre de la fente palpébrale. Ce sillon sera plus ou moins profond, selon l'action qu'on veut obtenir.

Si la déviation est moyenne, on peut aller jusqu'à la surface du tarse; est-elle peu accusée, on reste en deçà; est-elle, au con-

traire, très accentuée, il faut entamer la surface du tarse. Dans les premiers cas, on peut se servir de la pointe du thermo-cautère ; le couteau est préférable dans le dernier cas.

Le résultat est d'ordinaire obtenu de suite et il faut, croit-il, peu compter sur la rétraction du tissu inodulaire, ce que nous contestons, d'ailleurs.

Du reste, s'il y avait une certaine tendance à la reproduction de la déviation, il faudrait soit désunir mécaniquement les lèvres de la plaie faite par le thermo-cautère, soit faire une seconde cautérisation au-dessus de la première, mais moins profonde. Dans un cas, M. A. Trousseau dut recourir à cette seconde cautérisation.

Cette opération est, en fait, fort simple, et ses suites sont bénignes ; sous l'influence des compresses froides et antiseptiques, la douleur se calme vite et l'inflammation est peu intense. L'œdème inflammatoire des paupières dure 6 à 7 jours, l'escarre se détache alors, et, au 12e ou 15e jour, la cicatrisation est faite. Cette cicatrice, d'abord rouge, blanchit assez vite, et, au bout de quelques mois, elle est à peine visible, ce dont nous nous sommes assurés.

A l'appui de cette pratique, M. A. Trousseau publie le résumé de 10 observations, dont 7 lui sont personnelles, et 3 ont été recueillies dans mon service de l'hôpital Bichat par mes internes, MM. Jeanselme, Catuffe et Hartmann.

Certes, comme le fait remarquer M. A. Trousseau, cette opération n'est pas applicable à tous les cas et elle n'exclut pas l'emploi des procédés sanglants ; toutefois, nous pouvons ajouter que très souvent elle sera suffisante et qu'elle pourra être encore utilisée pour parfaire le résultat d'une intervention chirurgicale sanglante. Ceci nous est arrivé dans 2 de nos 3 observations relatées par M. Trousseau.

Dans l'observation 8, il y avait entropion des deux paupières inférieures, le procédé sanglant réussit bien à gauche ; mais, à droite, la paupière tendait encore à se porter en dedans ; une raie de feu assura la guérison définitive.

Même chose pour l'observation 10, l'entropion des deux paupières supérieures est traité par la canthoplastie et le procédé d'Anagnostakis-Panas. Réussite parfaite à gauche ; à droite, l'entropion persistait encore à la partie externe ; on appliqua une raie de feu et la guérison fut complète.

Comme pour l'opération vantée par M. Vieusse, on peut dire que celle-ci est facile à pratiquer, qu'elle entraîne peu d'accidents et que les opérés ne sont pas soumis à un repos absolu trop long.

Quant au mode d'action de la cautérisation, M. A. Trousseau ne se prononce pas nettement à cet égard. Peut-être le tarse est-il

redressé par le thermo-cautère? peut-être celui-ci modifie-t-il l'élément spasmodique, comme le veut Cusco?

Pour nous, il nous semble bien plus simple de faire intervenir successivement : 1° le recoquillement résultant de l'action même du feu sur les tissus; 2° la production de tissu de cicatrice, production incontestable et bien étudiée, comme nous le verrons, par Delpech (de Montpellier).

Après vous avoir exposé un résumé aussi complet que possible des mémoires de MM. Vieusse et A. Trousseau, je vous demanderai la permission de vous rappeler un peu l'histoire de l'emploi du cautère actuel, puis du thermo-cautère, dans le traitement des affections des paupières : entropion, trichiasis et ectropion. C'est dessein que je place le trichiasis après l'entropion, ces affections se confondant au point de vue spécial qui nous occupe. Qu'il y ait simple entropion ou bien simple trichiasis, le résultat est le même; les cils frottent sur la cornée, l'irritent et l'ulcèrent, d'où une indication : renverser la paupière en dehors pour éviter cette action incessante des cils avec ses graves inconvénients et ses dangers. Souvent, donc, un même mode opératoire sera utilisé pour l'entropion et pour le trichiasis, et fréquemment les auteurs établiront une certaine confusion en appliquant les préceptes de la cautérisation au fer rouge, tantôt à l'entropion, tantôt au trichiasis.

A.-C. Celse, dans son *Traité de la médecine,* parlant des cils qui irritent les yeux, vante l'emploi de la cautérisation au fer rouge [1]. « Si le mal est causé par des cils venus d'une manière anormale, on fait chauffer une aiguille de fer élargie en forme de spatule, et, quand elle est brûlante, on renverse la paupière pour bien apercevoir les cils qui sont nuisibles; puis, à partir du grand angle jusqu'au tiers de la paupière, on promène le cautère sur les racines, et, à l'aide d'une seconde et d'une troisième cautérisation, on arrive jusqu'à l'angle externe. Par ce moyen, les poils, brûlés dans leurs racines, ne repoussent plus [1]. »

Dans le paragraphe 10, intitulé *De Ectropio,* il est dit : « si ex senectute est, tenui ferramento id totum extrinsecus adurendum est; deinde, etc. [2], » c'est-à-dire : « si l'ectropion est le résultat de l'âge, on cautérise avec un fer mince tout ce qui fait bourrelet en dehors, etc. [3]. »

[1] Aur.-Corn. Celsi, *De Medicina* (Th. J. Almeloween), lib. vii, cap. 7, § 8, *De pilis palpebrarum oculorum irritantibus*, Basileæ, 1748.

[1] Celse, *Traité de la médecine* (trad. de Chaales des Étangs), p. 212 et 213, Paris, 1846.

[2] *Loc. cit.*, lib. vii, cap. 7, p. 430-431.

[3] (Trad. Chaales des Étangs), p. 213.

Ici donc, deux traitements bien distincts : le premier, applicable au trichiasis, a pour but de détruire les bulbes des cils; le second, utilisable pour l'ectropion, a pour objet le renversement de la paupière en dedans, par la cautérisation du bourrelet muqueux.

La destruction des bulbes pileux par le fer rouge est encore vantée par Paul d'Égine[1], dans le chapitre intitulé *De l'anabrochisme et de la cautérisation par le fer*. Lors de trichiasis, le ou les poils déviés seront arrachés, puis on cautérise les bulbes avec un bout de sonde ou une sonde d'oreille incandescente. En fait, le procédé, tout en restant le même, est inférieur à celui de Celse.

Albucasis, ou mieux Abulcasis[2], consacre deux chapitres à l'emploi de la *cautérisation*, soit dans le renversement *des paupières*, soit dans le *renversement des cils*. Dans le relâchement, suite de maladie ou d'humidité, il faut cautériser une fois avec un cautère semi-lunaire (voy. *fig.* 9); d'ailleurs, il conseille aussi cette cautérisation, faite au-dessus des sourcils (p. 23); c'est, en somme, assez vague et difficile à bien interpréter.

Quand les cils sont renversés contre l'œil et le blessent, il faut laisser croître les cils tout en abritant l'œil contre leur action. « Dès qu'ils ont cru suffisamment, faites reposer la tête du malade sur vos genoux, faites-lui sur la paupière, avec un médicament approprié, une marque de la forme d'une feuille de myrte, qui commencera au voisinage des cils. Placez sur l'œil un morceau de coton imbibé de blanc d'œuf ou de pulpe de psyllium, et cautérisez avec un cautère de cette forme (*fig.* 10).

« Cautérisez suivant la figure inscrite, petit à petit, à plusieurs reprises, de manière à brûler la surface de la peau dans l'étendue de la feuille de myrte, surtout extérieurement.

« Vous reconnaîtrez l'efficacité de l'opération à ce que la paupière se redressera et que les cils cesseront de blesser le globe oculaire. »

Après la chute de l'escarre, on voit l'effet produit et on peut encore cautériser pour compléter les résultats obtenus.

Ici, il n'est plus question de destruction des bulbes pileux pour guérir le trichiasis. Que celui-ci existe ou que, la paupière étant retournée, les cils viennent à blesser l'œil, dans ces deux cas, il faut renverser la paupière en dehors et à cet effet cautériser assez

[1] PAUL D'ÉGINE, *Chirurgie* (trad. de René Briau), ch. 13, p. 119, Paris, 1855.

[2] ABULCASIS, *La Chirurgie* (trad. de L. Leclerc), ch. 15 et 16, Paris, 1861.

largement la face tégumentaire palpébrale avec le fer rouge. Ce point doit être retenu.

Alors qu'Abulcasis ne signale même pas la destruction des cils et de leurs bulbes, Rhazès [1] conseille, comme Celse, leur cautérisation, mais après avoir arraché les poils et même excisé le bord libre des paupières. Telle ne paraît pas être la pratique de maistre Guillaume de Salicet. Voici en effet ce qu'on lit dans sa *Cyrurgie*, 1er traictie, chapitre 12, intitulé : *Des poilz renversez en l'œil :* « La cure si est que on les arrache lung apres lautre et soient cauterisez les pertuys par ou yssent les poilz avêqs ûne aiguille, ou soit cauterize la paupiere avec ung cautere subtil selô les rugues de la paupiere, car partelle cauterization la paupiere se contraict et se hostent les poils quilz nentrent plus dedans les yeux et sur le lieu cauterize soit mis aubin deuf avec du bol armenic jusques a la fin de la consolidatiô. »

Guillaume de Salicet admet bien la cautérisation des bulbes pileux avec une aiguille, mais il vante également la cautérisation de la face externe de la paupière, dans le but de la rétrécir et de dévier les cils en dehors. Cette dernière manière de procéder se rapproche de la pratique préconisée pour la première fois par Abulcasis.

Maître Guy de Chauliac [2] conseille aussi l'emploi du cautère actuel soit dans la relaxation des paupières, soit lorsque les paupières sont retirées, raccourcies et renversées, soit enfin quand les poils des paupières blessent l'œil.

Lors de relaxation des paupières, et surtout lors d'allongement de la paupière supérieure, voici ce qu'il indique comme troisième procédé : « La troisième façon d'opérer se pratique de cette sorte : on prend autant de peau qu'on le juge nécessaire et on la cautérise avec un cautère actuel courbe, de sorte que l'impression du feu consomme ce qu'on en a pris ; après quoy on consolide la partie bruslée, parce qu'en la cicatrisant elle se raccourcit [3]. »

Les paupières sont-elles relevées, raccourcies et renversées, « si c'est une chair superflue qui cause cette maladie, Jesu ordonne de la consommer avec un petit cautère ardent et j'approuve cette méthode, pourvu que l'œil n'en soit point offensé, etc. (p. 581). »

Enfin, la troisième façon de traiter les poils des paupières qui

[1] RHAZÈS, *De re medica*, lib. IX, ch. 26. — *Ad palpebrarum pilos oculos irritantes*, p. 229, Basileæ, 1544.

[2] GUY DE CHAULIAC, *La Grande Chirurgie* (trad. de Simon Mingelousaulx), 1re édition, Bordeaux, 1672.

[3] *Loc. cit.*, p. 578.

blessent l'œil, c'est de les arracher, de renverser la paupière en dehors et de brûler les endroits « d'où sortent les poils avec un petit cautère ». En fait, ces deux dernières propositions datent de Celse ; quant à la première, elle paraît tirée de la pratique d'Abulcasis.

A propos de la déviation des cils, A. Paré [1] conseille de les arracher, puis de cautériser leur racine avec un petit cautère, dont il donne la figure, en ayant soin de ne pas offenser l'œil. Il se forme une cicatrice qui empêche la reproduction des poils.

C'est la méthode vantée par Celse, mais plus facilement applicable, grâce à l'emploi du petit cautère qu'il a fait représenter.

D'ailleurs, ce *modus faciendi* est adopté par Dionis [2]. Voici, en effet, ce qu'il dit à propos du *trichiasis* et du *districhiasis* (p. 454): « Pour la guérison de cette incommodité, il n'y a pas d'autre opération à faire que d'arracher ces cils surnuméraires avec de petites pincettes (A) semblables à celles dont on se sert pour arracher les poils de la barbe : tout le secret est d'empêcher qu'ils ne reviennent. » A cet égard, Dionis met en doute la valeur du sang de grenouille, du fiel de veau ou des œufs de fourmis, et le plus sûr, ajoute-t-il, est, après l'arrachement du cil, « de cautériser avec une aiguille chauffée (B) l'endroit d'où l'on a tiré et de continuer ainsi jusqu'à ce qu'on ait brûlé tous les pores par où ces poils sortaient. »

Dans sa *Pyrotechnie chirurgicale pratique*, Percy [3], étudiant la cautérisation applicable aux yeux, s'exprime en ces termes : « 2° Dans le renversement des paupières causé par un engorgement toujours renaissant, toujours indomptable, de leur membrane intérieure, n'aurait-on pas plus de succès à espérer de la cautérisation que de la persévérance dans les excisions déjà vainement réitérées et dans l'usage non moins infructueux des cathérétiques ? Il faudrait, dans ce cas, couvrir l'œil, soit avec une cuiller d'argent ou de fer, soit avec une lame de carton ; tirer à soi la paupière malade, le plus qu'il serait possible, et y passer transcurremment un petit cautère à bec aplati, tel qu'il est représenté dans la figure 9, évitant soigneusement de toucher aux commissures et aux tarses, et n'appuyant que légèrement, surtout en commençant. » Il fait remarquer d'ailleurs que Celse recommande cette méthode dans l'*ectropium*

[1] MALGAIGNE, *Œuvres complètes* d'Ambroise Paré, t. II, p. 420, Paris, 1840 15e livre, chap. 6.

[2] DIONIS, *Cours d'opérations de chirurgie* démontrées au Jardin royal, 8 édit. revue et augm. par *** (Lafaye), Paris, 1736.

[3] PERCY, chirurgien en chef de l'armée de la Moselle, etc., *Pyrotechnie chirurgicale pratique* ou l'*Art d'appliquer le feu en chirurgie*. Metz (sans date), § 2, p. 205-206.

des vieillards, et cite le passage qui y a trait. Un peu plus loin (p. 208), Percy parle du trichiasis et conseille l'opération vantée par Celse, c'est-à-dire la destruction des poils avec un petit cautère à bec d'oiseau, cautère qu'il a emprunté, comme il le dit, à Ambroise Paré (p. 209).

On le voit, sauf le *modus faciendi*, Percy traite le renversement des paupières en dehors et la déviation des cils comme Celse le faisait, et il ne paraît pas connaître la méthode vantée par Abulcasis contre le renversement des cils ; notons qu'il ne cite cet auteur qu'à propos du traitement de l'encanthis cancriforme (p. 207).

D'ailleurs, la cautérisation paraît tomber en discrédit, car Boyer [1], dans son traité classique, n'en dit pas un mot à propos de l'ectropion et ne fait que la mentionner en parlant de l'entropion et du trichiasis, affection qu'il décrit ensemble. « L'arrachement des cils déviés et la cautérisation de leurs racines, dit-il, sont des moyens tout à fait insuffisants. » Il leur préfère de beaucoup les méthodes sanglantes.

Nous arrivons à un travail fort important sur le *trichiasis*, travail dû au professeur Delpech [2] et inséré dans sa *Chirurgie clinique*.

Après des considérations générales sur le trichiasis et sur son étiologie ; après des réflexions sur le tissu de cicatrice et sur ses propriétés rétractiles, Delpech fait remarquer l'influence heureuse de ces propriétés dans le traitement qu'il préconise pour guérir le trichiasis. Ce passage mérite d'être cité :

« Une cautérisation faite par un cautère cultellaire, ou tout autre de forme semblable et analogue, et suivant une ligne horizontale, parallèle au bord libre de la paupière, intéresse la peau près du bord libre du cartilage tarse, dans un point où le tissu cellulaire est rare, où la texture de toutes les parties molles est fort serrée, et où ces dernières sont attachées de fort près au cartilage sous-jacent. Si l'action du cautère a été soutenue, la peau et les dernières fibres du muscle orbiculaire doivent avoir été détruites ; le périchondre doit faire le fond de la section opérée par le feu ; cet organe s'enflamme, suppure et devient de plus en plus immobile : dans son épaisseur s'engendre le *tissu fibreux des cicatrices*, lequel exerce incessamment les propriétés dont il est doué. En vertu de ces mêmes propriétés, la cicatrice ne peut avoir lieu qu'après

[1] Boyer, *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, 2e édit., t. V, p. 284, Paris, 1818.

[2] Delpech, Chirurgie clinique de Montpellier ou Observ. et réflex. tirées des travaux de chirurgie clinique de cette école, t. II, p. 296 (*Observat. et réflex. sur le trichianis*, Paris, 1828).

le plus grand déplacement possible, vers le point central de la plaie, des deux bords de cette dernière : celui des deux qui répond aux cils ne peut s'incliner vers l'autre qu'en allongeant les collets des bulbes ; et comme cette distension s'opère sur le bord libre lui-même de la paupière, ces mêmes collets en sont recourbés en dehors ou en devant, inflexion à laquelle ces cils ne peuvent éviter de se conformer en s'échappant des bulbes ; inflexion, même, selon laquelle leur construction doit être faite, parce que l'allongement des bulbes doit avoir pour résultat que les poils en soient enveloppés dans une plus grande étendue et pendant un temps plus long. Aussi, non seulement les cils en sont-ils désormais dirigés en avant, mais encore recourbés dans le même sens sur toute leur longueur [1]. »

Comme on le voit, l'opération que propose Delpech n'est rien autre que celle préconisée par M. A. Trousseau, d'ailleurs après d'autres auteurs; seulement Delpech se sert d'un cautère cultellaire en langue de carpe ou fer de lance, et nous nous servons aujourd'hui du thermo-cautère. J'ai dit que Delpech se sert d'un cautère, c'est qu'en effet il fit plusieurs fois cette opération.

Son premier opéré fut un ancien militaire, traité d'un trichiasis par l'arrachement des cils et la cautérisation des bulbes d'après le procédé de Celse. Il y eut un insuccès, et c'est alors que Delpech utilisa son procédé ; l'entropion et le trichiasis guérirent fort bien [2]. »

Le second opéré fut une femme âgée de 36 ans [3], atteinte d'entropion et de trichiasis des deux paupières supérieures. La guérison fut parfaite, et même Delpech signale ici une particularité que nous avons observée en nous servant du thermo-cautère, c'est qu'à gauche l'escarre se dessécha, que ses bords se séparèrent, et qu'à sa chute la cicatrice sous-jacente était faite [4].

Delpech, qui s'efforce d'établir une distinction très nette entre l'entropion et le trichiasis, sans d'ailleurs y trop réussir, nous apprend que Ware a proposé et pratiqué avec succès l'opération suivante contre l'entropion.

Il divisait la paupière dans toute sa longueur, par une incision intéressant la peau, séparant les fibres de l'orbiculaire et mettant celles du releveur à nu : puis à travers cette incision on portait un cautère incandescent, dans l'intention de cautériser seulement

[1] *Loc. cit.*, p. 304.
[2] *Loc. cit.*, p. 306.
[3] *Loc. cit.*, p. 335.
[4] *Loc. cit.*, p. 337.

le releveur et d'y exciter un raccourcissement semblable à la contraction qui rapproche des doigts brûlés[1].

Cette méthode, que nous verrons reproduire en partie par Galezowski, ne s'adresse plus au trichiasis, mais bien à l'entropion et peut-être aussi au ptosis de la paupière supérieure.

La méthode inventée par Delpech fut utilisée par Jobert (de Lamballe)[2], qui en rapporte trois observations suivies de succès : dans le premier cas, la cautérisation fut faite avec une spatule rougie à blanc, elle alla jusqu'au tarse et détermina des phénomènes inflammatoires assez vifs. Dans le deuxième cas, Jobert utilisa le cautère actuel, le résultat dut être complété par la section d'une adhérence (?) ; enfin dans le troisième cas, on employa un mandrin porté au rouge blanc, c'était chez un vieillard atteint d'entropion. Notons que ces observations sont complétées par un deuxième mémoire intitulé *De l'entropion et de son traitement par la cautérisation*, publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* en 1836 (t. XI, p. 20).

Si l'on consulte les classiques tels que Nélaton (1re édition)[3] et le *Compendium* de chirurgie[4], on peut constater la confusion que nous avons signalée déjà entre les méthodes applicables à l'entropion et celles utilisables pour le trichiasis.

Dans Nélaton, par exemple, à propos de l'entropion et de sa cure par le fer rouge, on cite Celse; qui n'a parlé que de l'ectropion ; A. Paré, qui s'est occupé du trichiasis ; Delpech et Jobert, qui, eux aussi, se sont efforcés de traiter le trichiasis.

Dans le *Compendium*, l'histoire est un peu mieux respectée, et à propos des procédés de cautérisation par le fer rouge applicables à l'entropion, il est dit : « Le fer rouge était déjà autrefois employé par Celse, Abulcasis et A. Paré dans le trichiasis et *vraisemblablement* dans l'entropion ; » puis on cite Delpech, qui aurait été étonné de voir son procédé appliqué à l'entropion, affection qu'il s'est efforcé de séparer du trichiasis, comme nous l'avons déjà signalé.

D'autre part, en partant du trichiasis, Nélaton cite bien Rhalzès, A. Paré et Dionis, mais il oublie Celse[5]. Quant aux auteurs du

[1] *Loc. cit.*, p. 349.

[2] A.-J. Jobert (de Lamballe), *Plaies d'armes à feu; mémoire sur la cautérisation, et description d'un speculum à bascule*, 1 vol., p. 416-422. Paris 1833.

[3] Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1re édition, t. III, p. 19, Paris, 1854.

[4] *Compendium de chirurgie pratique*, t. III, p. 59, 1852-1861.

[5] *Loc. cit.*, p. 29.

Compendium[1], oubliant aussi Celse, ils se contentent de signaler le procédé de A. Paré, renouvelé par Champesme, qui, au petit cautère en bec d'oiseau, aurait ajouté une boule pour emmagasiner plus de calorique.

Ajoutons, cependant, qu'ils vulgarisent un nouveau mode de cautérisation des bulbes, dû à Carron Du Villards[2]; celui-ci place dans chacun des bulbes malades, une épingle d'entomologiste, réunit ces épingles à l'aide d'un fil d'argent recuit et saisit le tout avec un fer à papillotes chauffé à blanc. Les épingles rougissent de suite et cautérisent les bulbes pileux ; quant à l'œil, on le protège par un linge ou du papier mouillé, que l'on maintient à l'aide d'une lame ou cuiller en bois. Ce procédé a été modifié ultérieurement par Fano[3].

Quoi qu'il en soit, l'emploi de la cautérisation ignée dans le traitement de l'entropion et du trichiasis est considéré comme un procédé d'assez médiocre valeur par les spécialistes.

A propos de l'entropion, Desmarres père[4], qui cite un peu à tort et à travers Celse, Albukasem (pour Abu-l-Kasim) et Ambroise Paré, affirme « que cette méthode est des plus mauvaises à tous les points de vue ; douloureuse, longue, infidèle, elle doit *toujours* être remplacée par l'excision ».

Fano[5] signale bien la cautérisation au fer rouge dans le traitement du trichiasis et de l'entropion, mais il croit difficile de protéger l'œil contre l'action de la chaleur; de plus, le procédé est effrayant, d'où son abandon.

Notons en passant qu'à propos du trichiasis, Fano confond absolument les deux procédés utilisés successivement par Delpech ; dans le premier[6], il cautérisait le bord libre après arrachement des cils, c'est l'ancienne méthode de Celse et de Paul d'Egine ; dans le second[7], que nous avons décrit plus haut, il cautérise la région palpébrale cutanée, voisine des cils, pour ramener ceux-ci en dehors, c'est le procédé que nous employons avec le thermo-cautère.

[1] *Loc. cit.*, p. 162.

[2] *Guide prat. pour l'étude et le trait. des mal. des yeux*, t. I, p. 307, Paris 1838.

[3] Fano, *Traité pratique des maladie des yeux*, t. I, p. 406-407, Paris, 1866.

[4] L.-A. Desmarres, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, 2e éd., t. I, p. 489, Paris 1854.

[5] *Loc. cit.*, p. 393.

[6] *Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales*, t. I, p. 655, Paris 1816.

[7] *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. II, p. 304, Paris 1828.

Le thermo-cautère fut utilisé pour la première fois en 1875 par Galezowski, qui cependant dans son Traité, considérait comme insuffisante l'application du cautère actuel au traitement de l'entropion[1]. En fait, au lieu de se servir d'un cautère cultellaire plus ou moins difficile à bien conduire, il était plus simple d'utiliser le couteau du thermo-cautère, tout en conservant intact le procédé de Delpech. Telle n'a pas été la manière de faire de l'auteur[2].

Après anesthésie, et après avoir garanti le globe oculaire à l'aide de la plaque d'écaille classique, il incise la peau parallèlement au bord palpébral et d'un angle à l'autre. Non seulement il fait cette incision, mais il dissèque le tégument de façon à pouvoir le rétracter avec des crochets ; puis enfin avec le thermo-cautère il cautérise jusqu'à la surface du tarse. Tout cela pour éviter, dit-il, une large cicatrice rouge qui du reste ne se produit pas.

Ce procédé moitié sanglant fut peu expérimenté et il fut bientôt supplanté par celui beaucoup plus simple de Cusco[3].

Le malade est endormi complètement pour éviter les contractions de l'orbiculaire et facilement étaler la paupière. « Cette manœuvre s'exécute de la façon suivante : un aide essuie rapidement les larmes ou les liquides qui mouillent les paupières et rendent glissantes la surface de la peau ; il applique un doigt à 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 en dehors de l'angle externe de l'œil et attire fortement les téguments en dehors ; en même temps 2 ou 3 doigts de l'autre main appliqués sur le bord adhérent de la paupière l'attirent en haut où en bas, suivant qu'on agit sur la supérieure ou l'inférieure. Elle se trouve alors pleinement étalée, et le bord libre, que le blépharospasme entraînait vers le cul-de-sac conjonctival, est ramené à l'extérieur ; alors seulement le chirurgien peut agir. Il a choisi une lame du thermo-cautère très mince et un peu allongée, qu'on a porté au rouge pendant que s'exécutaient les préliminaires de l'opération ; il la dirige perpendiculairement à la surface de la peau et trace en l'y appuyant légèrement une ligne qui mesure toute la longueur du bord libre des paupières et qui doit se maintenir à 3 ou 4 millimètres de la ligne d'implantation des cils. »

Dans son procédé, qu'il avait déjà expérimenté en 1876, en se servant alors du cautère galvanique, Cusco paraît n'intéresser

[1] *Traité des maladies des yeux*, 1re partie, p. 72-73, Paris, 1870.

[2] GALEZOWSKI, Sur un nouveau procédé opératoire du trichiasis au moyen du thermo-cautère (*Recueil d'ophtalmologie*, p. 269-275, Paris, 1877).

[3] ROUTIER et ARNOZAN, De la cautérisation linéaire des paupières contre le blépharospasme et l'entropion (*France médicale*, nos 19 et 20, p. 145 et 153 1878).

que la peau et ne va pas au delà, comme on le fait aujourd'hui, en imitant la pratique de Delpech. Et cependant, les résultats obtenus (XI observations) sont très bons; toutefois, il est probable qu'ils resteraient insuffisants dans l'entropion ou le trichiasis avec déformation du cartilage tarse; c'est pour cela que Cusco, tout en cherchant un résultat cicatriciel, fait jouer un grand rôle à la disparition du spasme sous l'influence de la cautérisation.

Comme on le voit, le procédé de Cusco est celui que nous avons mis en pratique devant M. Trousseau et c'est celui qu'il préconise; toutefois il faut signaler une différence, c'est que tandis que Cusco se borne à sectionner la peau, nous allons plus loin et arrivons jusque sur le cartilage tarse, comme Delpech, sans craindre d'accidents ni un trop fort renversement en dehors.

C'est d'ailleurs cette pratique que suivit Bouchez [1] à l'hôpital militaire de Philippeville, en appliquant cette cautérisation au thermo-cautère, non seulement pour guérir le trichiasis et l'entropion d'origine granuleuse, mais aussi pour agir, dit-il, sur ces granulations. Seulement ce chirurgien militaire porte son incision un peu plus loin du bord libre, non plus à 4 ou 5 millimètres, mais à 1 centimètre. Il y aurait ainsi à la fois une vive révulsion et une action mécanique produisant toutes deux un excellent effet thérapeutique, comme le démontrent les cinq observations qu'il publie à l'appui de sa thèse [2].

Telle fut aussi la pratique de Scellingo [3], et celà depuis sept années.

Pour me résumer, Messieurs, cet historique, peut-être un peu long, et l'analyse des mémoires de MM. Vieusse et A. Trousseau prouvent jusqu'à l'évidence l'importance de la cautérisation dans le traitement de l'entropion et du trichiasis. Aussi n'est-ce pas sans étonnement que nous voyons en 1879 [4] la cautérisation avec le galvano- ou le thermo-cautère être qualifiée de *méthode barbare*, laissant des cicatrices dures et irrégulières frottant sur le globe oculaire, etc.

Il est vrai qu'en 1880 L. de Wecker [5] revient un peu sur cette première opinion et veut bien admettre l'efficacité de la cau-

[1] L. Véron, Opération de Sæmisch ; cautérisation palpébrale chez les granuleux (notes recueillies). (*Archives d'ophtalmologie*, t. III, p. 220-230, Paris 1883.)

[2] *Loc. cit.*, p. 227-230.

[3] *Bolletino di oculistica*, anno V, n° 7, mars 1883.

[4] L. de Wecker, *Thérapeutique oculaire*, 1 vol., p. 56, Paris 1879.

[5] L. de Wecker et E. Landott, *Traité complet d'ophtalmologie*, t. I, p. 211, Paris, 1880.

térisation dans l'entropion quand il n'y a pas de déformation palpébrale et que l'affection est spasmodique. Les résultats obtenus par Galezowski, par Cusco, par Bouchez, par Scellingo, par M. A. Trousseau et par nous-même prouvent surabondamment qu'il faut en appeler de ce jugement.

Dans cette dernière énumération des auteurs qui ont utilisé la cautérisation transcurrente des paupières, j'ai laissé de côté le nom de M. Vieusse, et voici pourquoi :

C'est que le procédé qu'il préconise d'après le chirurgien marocain malheureusement inconnu diffère totalement de tous ceux qui ont été indiqués dans mon historique.

Ici, en effet, les cautérisations sont perpendiculaires au bord libre, qu'elles n'atteignent pas tout à fait, alors que dans toutes les autres méthodes la cautérisation est faite parallèlement à ce bord libre.

Il y a là un *modus faciendi* absolument spécial, entraînant fatalement une cicatrice verticale, et agissant probablement comme les excisions longitudinales conseillées par Janson et Carron Du Villards pour traiter l'entropion[1].

Contre mon gré, je n'ai pu expérimenter ce procédé d'origine arabe, qui paraît ainsi donner de très bons résultats, mais je me réserve de l'employer ultérieurement et de vous faire connaître mes observations.

En attendant, Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à MM. Vieusse et A. Trousseau et de déposer leurs mémoires dans nos archives.

Discussion.

M. Monod. Je n'ai employé ce procédé qu'une seule fois. Ai-je été trop profondément, c'est possible, j'ai eu un entropion. Je crois qu'il serait sage de ne pas aller d'emblée aussi profondément.

M. Trélat. M. Terrier repousse la cautérisation du bulbe pileux, je crois que la véritable raison est dans la difficulté de l'opération.

Avec un outillage spécial de loupes, de galvano-cautères spéciaux j'y suis arrivé. J'ai eu de bons résultats. Mais je crois qu'avec l'épingle à insecte chauffée il n'y a moyen de rien faire.

M. Perrin. J'ai été arrêté aussi par les difficultés d'instruments. Avec un cautère spécial de thermo-cautère que j'ai fait faire chez

[1] *Comp. de chirurgie pratique*, t. III, p. 158, 1852-1861.

M. Collin et puis une double loupe j'ai réussi; j'avoue que cette pratique est fort limitée.

M. Terrier. Je n'ai pas vu l'accident signalé par M. Monod. Quant à la cautérisation des bulbes, je ne m'y suis pas arrêté, je ne crois pas qu'il y ait lieu de le faire, car ce ne saurait être une méthode générale.

Communications

Suites éloignées de l'ostéo-périostite des adolescents. — Amputation sus-trochantérienne du fémur,

Par M. Verneuil.

Voici une observation qui offre un double intérêt : au point de vue de la médecine opératoire, elle renferme l'indication d'un de ces procédés nouveaux qu'on est conduit à pratiquer, sans préméditation, dans le cours d'une opération chirurgicale, je veux parler de l'amputation sus-trochantérienne de la cuisse. Au point de vue clinique, le même fait contribue à éclairer un des points les plus curieux de l'ostéomyélite infectieuse de l'adolescence, à savoir la persistance presque indéfinie et comme latente des lésions osseuses qu'on pourrait croire depuis longtemps guéries. C'est sur ces deux particularités que j'appelle l'attention de mes collègues.

Jacques R..., cinquante-trois ans, tailleur, de bonne constitution et issu de parents sains, n'a eu ni scrofule dans son enfance ni manifestations rhumatismales plus tard.

A dix-neuf ans, blennorragie pour laquelle il a pris beaucoup de mercure. Vers cette époque, chute sur le genou, sans gravité d'abord, mais qui laisse à sa suite quelques douleurs. Celles-ci, au bout de deux mois, s'exaspèrent subitement, accompagnées de fièvre, de gonflement, en un mot d'accidents tels que, deux jours plus tard, William Lawrence pratique l'amputation de la cuisse à la partie moyenne.

La cure fut longue. Un premier séquestre en forme d'anneau se détacha d'abord, puis à trois reprises différentes d'autres portions nécrosées furent éliminées. Au bout de deux ans seulement, l'opéré put supporter un appareil prothétique, mais alors la guérison parut complète. A vingt-neuf ans, chancre pénien, adénite inguinale suppurée. Trois ans plus tard, apparition d'une éruption cutanée qu'on regarde comme secondaire et qu'on traite par les spécifiques. Trois ans plus tard encore, abcès sous-périostique de la région mastoïdienne consécutif à une otite.

Jusqu'alors le membre amputé n'avait été le siège d'aucun accident, lorsqu'en 1876, vingt-six ans après l'amputation, R... fait une chute dans laquelle le moignon est violemment heurté. Une inflammation se déclare et un abcès se forme; six semaines après, celui-ci est ouvert à l'hôpital Saint-Barthélemy; il renferme un litre au moins d'un pus extrêmement fétide. La cicatrisation exige deux mois. Aucun séquestre n'est éliminé. En 1878, à la suite de fatigues, nouvel abcès incisé de bonne heure et rapidement guéri. Même accident en 1880 ; cette fois cicatrisation plus lente.

En 1882, nouvelle chute d'un lieu élevé ; la jambe de bois est brisée, le moignon fortement contus. Depuis cette époque, l'inflammation n'a plus cessé. Un abcès se forme d'abord à la partie supérieure et interne de la cuisse, puis d'autres collections apparaissent en divers points du moignon, sauf à son extrémité, qui restait toujours couverte d'une cicatrice mince et adhérente, mais solide. Pendant plusieurs mois, les souffrances furent incessantes et les poussées phlegmoneuses se succédèrent sans interruption. Les trajets anciens se rouvrirent, les nouveaux restèrent fistuleux, tous suppuraient assez abondamment; néanmoins aucun séquestre n'en sortait.

On proposa à R... la résection du fémur; il refusa, et entra à la Pitié, dans mon service, le 15 avril 1884.

A cette date, le moignon est le siège d'une inflammation récente assez vive avec rougeur, lymphangite, fièvre et symptômes saburraux. La suppuration, d'odeur infecte, s'écoule par les nombreuses fistules. Plusieurs de celles-ci ont des bords taillés à pic, colorés en brun de façon à rappeler exactement les ulcérations tertiaires. L'état général est mauvais.

On s'occupe d'abord de calmer la lymphangite et le phlegmon par des applications émollientes et antiseptiques. Au bout de quelques jours, l'exploration du moignon devient possible. On constate alors une hypérostose du fémur dans toute sa longueur, de nombreuse fistules, dont aucune cependant ne conduit le stylet jusqu'à l'os, et enfin l'intégrité des mouvements dans l'articulation de la hanche.

La circonstance d'une syphilis antérieure possible, l'aspect presque caractéristique des plaies, qui les fait ressembler à d'anciennes ulcérations gommeuses, m'engagent à essayer le traitement spécifique. J'administre donc le traitement mixte par le proto-iodure et l'iodure de potassium.

J'applique en même temps un pansement ouaté compressif, après avoir rempli les fistules de poudre d'iodoforme. Ce traitement local réussit, la suppuration diminue, le moignon se dégorge, les dou-

leurs disparaissent; malheureusement la médication interne est mal tolérée et il faut bientôt la suspendre.

En juin, sans cause connue, gonflement inflammatoire à la partie inférieure et postérieure du moignon; douleurs vives au niveau du grand trochanter; un nouvel abcès se forme; quand le pus est collecté, on endort le malade pour ouvrir la poche, l'explorer attentivement et atteindre le séquestre s'il en existe un. Par l'incision, qui permet l'introduction du doigt, on ne constate point de dénudation osseuse. Le malade est soulagé, mais il est tellement fatigué de ces rechutes incessantes qu'il réclame avec instance une opération radicale.

La nécrose étant douteuse et le séquestre d'ailleurs inaccessible, je me décidai, le 2 juillet, à pratiquer une sorte de réamputation.

Considérant l'amputation de la cuisse à sa partie la plus élevée comme aussi grave que la désarticulation de la hanche, au point de vue de l'hémorragie immédiate, et redoutant les conséquences d'une perte de sang, tant soit peu considérable, chez un sujet aussi affaibli, je résolus de mettre en usage le procédé que je préconise pour l'ablation totale de la cuisse et que j'ai assez longuement décrit pour qu'il me suffise d'en indiquer ici les temps principaux: incision verticale mettant à nu les vaisseaux fémoraux; ligature double de l'artère et de la veine; section ovalaire ou, pour mieux dire, en raquette des parties molles avec un fort bistouri; ligature successive des vaisseaux mis à nu ou coupés; enfin, dénudation du fémur, qui est scié immédiatement au-dessous du petit trochanter. A l'exception de la ligature préalable des gros vaisseaux, rendue assez malaisée par l'induration inflammatoire chronique du tissu conjonctif, cette section s'effectua régulièrement et avec une perte de sang insignifiante. Mais lorsque j'examinai la surface osseuse sectionnée, non seulement je vis que sa coupe avait porté sur une partie de l'os fort altérée, mais encore je fis pénétrer un stylet jusqu'à une cavité purulente creusée dans la base du grand trochanter. L'ablation de la partie supérieure du fémur étant donc démontrée indispensable, je saisis l'os avec la pince de Farabeuf, et le séparai des parties molles, manœuvre assez laborieuse du reste, à cause de l'induration et de l'adhérence de ces dernières. Lorsque j'arrivai ainsi à l'union de la masse trochantérienne avec le col, je remarquai que celui-ci n'était pas hypérostosé et qu'il était entouré de tissu conjonctif souple et sain. L'idée me vint alors de ne point désarticuler et de sectionner simplement le col fémoral à sa base, ce qui fut fait très aisément et en quelques secondes.

Les suites opératoires sont des plus simples, et dès les pre-

miers jours de septembre le malade dont la santé est fort améliorée, se lève et marche avec des béquilles.

R... est aujourd'hui complètement débarrassé de ses douleurs ; il accomplit toutes ses fonctions et a repris un embonpoint notable ; il marche bien et vite avec ses deux béquilles. La plaie est creuse, et ses bords convergents sont ridés, de façon que le moignon présente l'aspect d'une coquille concave ouverte en avant. On voit encore les orifices,cicatrisés d'ailleurs, des trajets fistuleux compris dans le lambeau et qu'il avait fallu conserver pour recouvrir la plaie.

Voici, d'autre part, les résultats de l'examen de l'os malade. Le fémur est uniformément augmenté de volume, d'un tiers environ dans toute son étendue, et partout recouvert à sa surface d'ostéophytes ou de lames osseuses de nouvelle formation. Le col du fémur et le sommet du petit trochanter sont seuls restés à l'état normal. Le canal médullaire n'existe plus,c'est à peine même si l'on distingue l'ancienne diaphyse de l'épiphyse d'une part,et des couches sous-périostiques surajoutées. Tout l'os paraît uniformément constitué par un tissu homogène dur, spongoïde, très vasculaire et ne renfermant qu'une petite quantité de tissu médullaire dans des aréoles très petites. Vers son extrémité libre, le tissu est comme éburné dans l'étendue de 5 à 6 centimètres. Nulle part il n'y a trace de dénudation ni de nécrose, ni même de suppuration, c'est seulement dans la masse répondant aux trochanters qu'on trouve deux cavités irrégulières capables de loger une petite noisette et qui renferment du pus concret. L'une de ces cavités communique avec l'extérieur par un long trajet fistuleux.

Les parois des cavités n'étaient pas plus vasculaires que le reste de l'os, ce qui porte à croire que ces foyers, malgré la présence du pus, n'étaient pas de formation récente.

Au niveau de la base du col, là où la dernière section a été pratiquée, le tissu osseux paraît normal et tranche ainsi sur le tissu voisin hyperostosé.

Je désire insister sur quelques points de cette curieuse observation :

Voici d'abord une affection locale qui commence à dix-neuf ans, semble guérir grâce à un traitement énergique et cependant laisse des reliquats tels qu'elle se termine seulement à cinquante-trois ans, démontrant ainsi combien sont tenaces certaines lésions anatomiques, combien sont persistants les lieux de moindre résistance créés par un accident antérieur, combien est rare enfin la *restitutio ad integrum* après des affections d'un certain genre.

Que s'est-il passé, en effet ? A dix-neuf ans, R... est pris d'une

ostéite juxta-épiphysaire à marche foudroyante et on l'ampute. Les limites du mal sont-elles au moins dépassées par cette grave opération ? Évidemment non, puisque le moignon met six mois à se cicatriser et qu'à diverses reprises des séquestres s'en détachent. L'inflammation des parties molles et dures du moignon fut si persistante qu'un appareil prothétique fut supporté au bout de deux années seulement.

Certes, on aurait pu croire à une guérison définitive ; mais, en 1876, une chute intervient ; le moignon indolent et cicatrisé depuis vingt-six ans s'enflamme vivement ; un abcès volumineux s'y forme en six semaines, renfermant un pus extrêmement fétide, circonstance qui, d'après des recherches que j'ai faites en commun avec M. Nepveu, indique clairement la relation de la suppuration nouvelle avec la suppuration ancienne.

La guérison s'effectue en deux mois, mais l'incendie se rallume, et désormais, à la moindre occasion, les lésions locales vont se reproduire. C'est ainsi que se forment, en 1878 et 1880, de nouvelles collections purulentes qui s'ouvrent et se ferment plus ou moins lentement.

Tout cela se serait peut-être calmé, mais un malencontreux accident se surajoute encore. Une chute violente en 1882 contusionne le moignon ; l'inflammation et les douleurs reparaissent, s'éternisent, laissant à leur suite des fistules nombreuses qui ne se ferment plus.

C'est dans ces conditions que R... entre dans mon service ; bientôt convaincu de la nécessité d'une intervention opératoire, il restait à savoir en quoi elle devait consister. La marche de l'affection, le réveil de l'inflammation sous l'influence des violences extérieures, la persistance et la multiplicité des fistules semblaient indiquer l'existence d'une nécrose. A la vérité, le stylet conduit dans les différentes fistules n'avait jamais atteint les séquestres ni fait constater même de dénudation osseuse ; mais on sait combien, dans les membres volumineux et épaissis par l'inflammation chronique, l'exploration reste souvent douteuse. Lors du dernier abcès, j'espérais pouvoir être conduit par le foyer purulent jusqu'au séquestre ; mais, cette fois encore, le diagnostic resta indécis.

L'autopsie du membre amputé explique bien tous ces résultats négatifs, puisqu'il s'agissait d'une hyperostose sans mortification osseuse ; mais je profite de cette occasion pour rappeler combien le diagnostic de la nécrose et de la séquestration sont parfois difficiles, quand on est réduit aux signes rationnels.

Dans l'incertitude, je résolus d'employer la mesure la plus radicale. Le principe de l'opération étant admis et la simple extirpation du séquestre étant mise de côté, j'avais à choisir entre une

nouvelle amputation du fémur dans la continuité, et la désarticulation de la hanche. Si j'avais su d'abord que les lésions osseuses remontassent si haut et qu'une cavité purulente occupât la base du grand trochanter, j'aurais cependant opté pour l'amputation dans l'article.

Mais je n'avais pas de diagnostic topographique exact, et condamné par là à l'incertitude, j'avais choisi la résection fémorale comme moins grave que l'autre mesure.

Quand je fus convaincu, au cours de l'opération, que la conservation de la masse trochantérienne était impossible, j'aurais pu, à la vérité, recourir à la désarticulation dont tous les temps préparatoires étaient réalisés; mais je me décidai, sous l'impression du moment, à scier le col à sa base.

Je n'ai point à le regretter, mais ne puis en toute sécurité ni blâmer ni recommander ma conduite. Si j'avais à cœur d'ajouter un fleuron à ma couronne chirurgicale en inaugurant un nouveau procédé, je trouverais bien moyen de fournir des arguments pour prouver l'excellence de mon innovation et sa supériorité immédiate et ultérieure sur la désarticulation coxo-fémorale. Mais j'aime mieux livrer à la publicité le fait tel quel, laissant à mes confrères le soin de juger si ma conduite a été sage ou non, et digne ou non d'être imitée.

Je voudrais présenter encore quelques remarques sur deux points. On sait que les avis des chirurgiens sont partagés sur la conduite à suivre en cas d'ostéomyélite diaphysaire ou diaphyso-épiphysaire. Les uns se contentent d'incisions larges avec drainage, les autres veulent qu'on y joigne la trépanation, et vous savez avec quelle conviction notre excellent collègue M. Lannelongue a soutenu cette thèse.

D'autres veulent amputer; mais ici encore deux opinions se trouvent en présence : les uns se contentent, quand la chose est possible d'ailleurs, de retrancher la partie malade de l'os; les autres veulent qu'on supprime l'os en totalité par une amputation portant dans son articulation supérieure.

Ces radicaux donnent de bonnes raisons, entre autres l'extension du mal à travers le canal médullaire ou sous le périoste à la totalité de l'os, et par conséquent l'inutilité et les dangers d'une opération qui laisse en place une partie de la lésion.

Le cas que je vous soumets est bien intéressant, sous ce rapport qu'il plaide à la fois pour et contre les amputations partielles dans l'ostéo-myélite.

Il plaide pour, puisque, sans la chute de 1876, R..., qui depuis vingt-quatre ans ne souffrait plus de son moignon, aurait pu achever tranquillement son existence sans être molesté de ce côté.

Il plaide contre, puisque, si William Lawrence avait désarticulé le fémur en 1850, je n'aurais pas eu à le faire en 1884, et que le malheureux patient n'aurait pas subi pendant huit ans une série d'accidents et de souffrances qui avaient gravement compromis sa vie quand j'ai jugé bon d'agir.

Présentation de malade.

Fausse ankylose des deux genoux, persistant après une pachyméningite cervicale guérie. — Section des tendons du creux poplité. — Redressement sous le chloroforme. — Guérison.

M. Terrillon. J'ai l'honneur de présenter devant la Société de chirurgie une malade de la Salpêtrière que j'ai opérée dans le courant de l'année 1882.

Cette malade est aussi intéressante au point de vue chirurgical qu'au point de vue médical.

Je commencerai par raconter brièvement son histoire.

Je développerai ensuite rapidement ce qu'il y a d'instructif dans le côté chirurgical de cette maladie, qui a reçu de M. Charcot le nom de *pachyméningite cervicale* de la moelle épinière.

Notre malade, âgée de 57 ans, présente successivement les symptômes ordinaires de cette affection avec ses divisions en trois périodes assez nettes.

L'observation détaillée, au point de vue médical, se trouve dans une leçon de M. Charcot parue dans le *Progrès médical* (1883, p. 362).

En 1879, elle eut, pendant six mois, des symptômes qui caractérisent la première période de la névralgie. Des douleurs vives avec exacerbations occupaient le cou et le derrière de la tête, avec sensation de constriction très pénible à la partie supérieure du thorax.

Puis tout se calma pour reparaître en 1880. Elle eut alors deux accès douloureux semblables qui durèrent quatre mois. Alors survint la seconde période ou *période paralytique*, qui fut marquée par la paralysie motrice des membres supérieurs. Les muscles, animés par le médian et le cubital, furent atteints de paralysie atrophique. Ceux qui sont animés par le radial échappèrent à l'atrophie, d'où une déformation particulière de la main ou griffe radiale connue sous le nom de *main de prédicateur*.

La maladie suivit alors son cycle le plus ordinaire; on vit sur-

venir un myélite tranverse, avec dégénération secondaire, et apparaître une *paraplégie spasmodique*, avec rétraction des membres inférieurs.

Les cuisses étaient fléchies complètement sur le tronc, et les jambes fléchies sur les cuisses au point que les talons touchaient l'échine.

En même temps se montra une paralysie vésicale qui dura quatre mois.

Malgré les désordres étendus qu'elle avait provoqués, la maladie médicale céda progressivement, et progressivement aussi les mouvements reparurent dans les membres supérieurs.

Malheureusement, dans les membres inférieurs, il s'était produit une série de désordres spéciaux indélébiles qui nécessitaient l'intervention chirurgicale.

Ceux-ci présentaient, au moment où M. Charcot me confia la malade, les caractères suivants :

Sous l'influence de l'immobilité et surtout des troubles nerveux, les jambes étaient fixées dans l'attitude vicieuse qu'elles avaient depuis longtemps. Une sclérose spéciale avec épaississement du tissu fibreux avait envahi toute la région des genoux. Ceux-ci étaient donc immobilisés par une gangue fibreuse périphérique qui les maintenait solidement. La peau elle-même, luisante et dure, était adhérente aux tissus sous-jacents. Mais une autre cause de l'attitude vicieuse des jambes, fléchies à angle aigu, était la rétraction des muscles postérieurs, dont les tendons, semblables à des cordes inflexibles, étaient sentis dans la région proplitée.

Il existait également dans le creux proplité un épaississement considérable du tissu fibreux formant une masse circonscrite dure, et qui paraissait être le principal obstacle quand on voulait obtenir le redressement du membre.

La rotule, fortement appliquée contre les condyles, était immobilisée par l'induration fibreuse périphérique. D'après la façon dont se passaient les quelques mouvements qui existaient encore dans les deux genoux et d'après l'examen extérieur, il est presque certain qu'il n'existait aucune adhérence intra-articulaire, et que l'impossibilité du redressement était due exclusivement aux lésions périphériques à l'articulation.

En présence de ces obstacles multipliés qui s'opposaient au redressement des genoux, je résolus d'agir lentement et par étapes successives ; aussi les manœuvres furent pratiquées en plusieurs séances, en commençant par la section des tendons rétractés.

Le 4 juillet, la malade est chloroformée et je pratique, des deux côtés, la section des tendons du creux proplité (demi-membraneux, demi-tendineux et biceps).

En même temps, une légère tentative de redressement fut pratiquée, mais sans insister trop fortement; car, malgré la section tendineuse, la résistance due au paquet fibreux occupant le creux proplité était considérable. Il n'y eut aucune réaction, aussi je pus, après quelques jours, faire des tentatives sérieuses de redressement.

Le 20 *juillet*, anasthésie par le chloroforme. Tentatives violentes d'extension forcée qui provoquent des déchirures avec craquement des tissus fibreux postérieurs. On ne va pas jusqu'à l'extension complète, dans la crainte de lésions de l'artère proplitée, englobée probablement dans le tissu fibreux.

La jambe droite est un peu plus étendue que la gauche.

Les deux jambes sont immédiatement fixées dans des gouttières plâtrées. On voit se développer du côté des articulations (les pieds n'avaient pas été pris dans l'appareil), et surtout dans les tissus qui les entourent, des phénomènes légèrement inflammatoires, avec épaississement des tissus qui menaçaient d'amener une ankylose dans l'extension. En même temps se développèrent plusieurs fois de petites escarres au niveau du talon sous l'influence de la moindre pression. Pendant ce temps, il n'y eut aucun phénomène de réaction du côté de l'articulation du genou.

Le 30 *juillet*, on enlève les appareils plâtrés; on constate de la mobilité assez facile, mais douloureuse, de l'articulation, et l'on rapplique deux nouvelles gouttières, après un redressement qui a permis d'obtenir une extension presque complète.

La malade reste ainsi immobilisée pendant six semaines. A ce moment, les genoux étaient assez mobiles ; l'articulation du cou-de-pied, au contraire, présentait une grande raideur; le moindre mouvement provoquait une douleur vive. Malgré cela, la mobilité revint petit à petit. Au bout d'un mois, la malade mit pied à terre; les articulations s'assouplirent, devinrent moins douloureuses, et, actuellement, elle peut marcher dans d'excellentes conditions.

Cette amélioration, qui a demandé plusieurs mois pour arriver au résultat que vous constatez aujourd'hui, a été activée par l'emploi de l'électricité.

Grâce à elle, en effet, les muscles ont repris de l'énergie et de la vitalité et ont pu, en faisant fonctionner les articulations, diminuer la raideur qui gêna pendant longtemps la malade.

Réflexions.

Je voulais, en vous présentant cette malade, vous faire remarquer deux points intéressants. D'abord, la forme d'ankylose périphérique

qui a occupé les genoux de cette malade. Ensuite, le résultat rapide de l'intervention chirurgicale méthodique.

On ne peut mettre sur le compte de l'immobilisation prolongée des membres inférieurs l'ankylose incomplète, car il est probable que cette cause seule n'a pas été suffisante.

Les membres inférieurs n'ont été immobilisés complètement que pendant un an et demi environ, ce qui est une période bien courte pour produire du côté des muscles postérieurs de la cuisse, du côté des tissus fibreux et sous-cutanés qui entourent les genoux, des désordres aussi prononcés ?

Il est donc certain qu'on peut faire intervenir, dans ces cas, l'altération de la moelle des nerfs qui a dû agir sur ces tissus, car il s'est passé ici quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans les hémiplégies qui succèdent au mal de Pott (Charcot).

Ces troubles trophiques qui rappellent, sous une autre forme, ceux des ataxiques, du côté des articulations, sont importants à connaître, car ils revêtent ici un caractère tout spécial. Ils semblent se localiser dans les tissus fibreux et musculaires périarticulaires, ce qui a une grande importance au point de vue des affections décrites sous le nom de péri-arthrites.

L'intervention chirurgicale était indiquée par ce fait qu'on pouvait affirmer l'intégrité des surfaces articulaires.

On sait que, dans ces formes d'ankyloses périphériques survenues sans inflammation intra-articulaire, l'articulation est ordinairement intacte.

Mais on devait choisir entre plusieurs méthodes. Celle qui se présentait la première à l'esprit était l'extension brusque au moyen d'un appareil capable de déchirer les attaches fibreuses, après section préalable des tendons musculaires.

L'extension progressive au moyen d'un appareil à levier se présentait comme seconde méthode. Enfin il fallait songer aussi à l'extension, par étapes successives, après section des tendons.

Cette dernière méthode me sembla préférable pour plusieurs raisons.

D'abord, je risquais moins de produire des désordres étendus et de réveiller des phénomènes inflammatoires en produisant chaque fois des désordres minimes.

Ensuite, j'avais moins de crainte de déchirer l'artère proplitée, qui était certainement englobée dans la masse fibreuse résistante qui occupait le creux proplité.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

J. Championnière.

Paris, Société d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. (Cl.) 47.1.85. *Le Gérant :* G. Masson

Séance du 3 décembre 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.



Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. Dransart, de Somain, envoie un travail intitulé : *Du chlorhydrate de cocaïne et de son association avec le chloroforme* (rapporteur, M. Terrier);

3° M. Jeannel, de Toulouse, adresse une observation de névralgie rebelle du dentaire inférieur. Résection de l'extrémité terminale du nerf malade. Procédé de M. Monod (rapporteur, M. Monod);

4° M. Guislain, de Boulogne-sur-Mer, adresse une observation de fracture du crâne. Hémorragie. Mort (rapporteur, M. Nepveu).

5° M. Chavasse, agrégé du Val-de-Grâce, envoie une observation de contusion de l'abdomen. Laparotomie (rapporteur, M. Chauvel);

6° M. Bablon, médecin-major à Chambéry, envoie une observation et contribution à l'étude des luxations des métacarpiens (rapporteur, M. Chauvel);

7° M. Andrea Ceccherelli, de Parme, envoie une brochure intitulée : *La gastrostomia nei restringimenti dell' esofago.*

A l'occasion du procès-verbal.

M. Trélat. Je ne veux faire qu'une courte remarque sur la communication de M. Verneuil, sur l'ostéomyélite du fémur. Sur le côté opératoire, je n'ai rien à dire. Sur les pièces pathologiques, j'ai à dire que l'ostéomyélite prolongée a été décrite par Lannelongue et Comby. Moi-même, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de faire l'amputation de cuisse pour des ostéites anciennes. Un de mes malades souffrait depuis 39 ans, l'autre depuis 47 ans. Par

conséquent, la pièce de M. Verneuil rentre dans la catégorie des pièces connues.

A part les ostéopériostites aiguës, l'ostéomyélite a pour caractère une longue histoire.

M. Verneuil n'a pas trouvé de séquestre, ce n'est pas surprenant. Ce qui avait persisté, c'était les deux abcès aigus. Ils ne sont, du reste, que des cas particuliers dans l'histoire des abcès des os.

M. Paul BERGER. Dans sa communication, M. Verneuil a porté ses réflexions sur deux points : sur les suites éloignées des ostéites de l'adolescence et sur un nouveau mode d'amputation qu'il a eu l'occasion de pratiquer à l'occasion d'un fait d'ostéomyélite qui, traitée par l'amputation de la cuisse dans la continuité, avait, au bout de 24 ans, déterminé la production de lésions graves dans la portion du fémur que l'opération avait respectée.

Réservant pour tout à l'heure l'examen de cette question de médecine opératoire, je viens, à l'appui des idées contenues dans la première partie de la communication de M. Verneuil, vous rapporter quelques observations qui montrent jusqu'où peut se prolonger, après quelles interruptions peut réapparaître le travail inflammatoire développé dans le tissu osseux, et mettre sous vos yeux les pièces qui proviennent des malades en question et sur lesquelles on peut surprendre, en quelque sorte, la gradation des lésions que détermine cette longue évolution.

Voici l'histoire du premier de ces cas, qui présente, avec celui de M. Verneuil, une extrême analogie ; elle a été recueillie dans mon service par M. le Dr Picqué :

Ostéomyélites de l'humérus et du fémur ; fistules donnant issue à des séquestres provenant du fémur pendant 13 ans ; séquestrotomie, puis amputation de la cuisse sous les trochanters. Examen du membre.

Vignier, Jean, charretier, âgé de 38 ans, est entré, le 5 avril 1883, à la Charité, salle Sainte-Vierge, nº 19. Voici les antécédents que présente ce malade :

Il était âgé de 15 ou 16 ans, quand il fut atteint d'accès de fièvre intermittente grave qui cédèrent au sulfate de quinine. Vers l'âge de 19 ans, survint une tuméfaction douloureuse du bras gauche ; deux abcès se formèrent et s'ouvrirent sans grande réaction et sans grande douleur ; ils suppurèrent pendant un mois environ, puis ils se fermèrent ; ils ne se sont pas rouverts depuis lors. A l'âge de 25 ans, subitement et sans cause, se produisit une tuméfaction rapide de la cuisse gauche ; elle s'accompagna de douleurs excruciantes qui arrachaient des cris au malade ; la cuisse se fléchit sur le bassin ; malgré l'application de sangsues, un abcès se forma et s'ouvrit dans le creux poplité

et l'évacuation du pus fut suivie d'un soulagement complet. Cet abcès, depuis lors, est resté fistuleux et a donné issue de temps à autre à quelques fragments osseux de dimensions restreintes. Ces lésions, néanmoins, n'empêchaient pas Vignier de se livrer à ses travaux; il fut même renversé par un camion, en 1881, et il se serait fracturé la cuisse vers sa partie supérieure; cette fracture aurait guéri sans incidents dans le temps ordinaire. Mais, huit ou dix mois avant son entrée à l'hôpital, la suppuration s'accrut, les douleurs revinrent, la santé s'altéra et le malade était incapable de se supporter sur sa jambe depuis plus de trois mois quand il se fit admettre à la Charité.

A son entrée à l'hôpital, Vignier se présente dans l'état suivant : le membre inférieur gauche offre une tuméfaction générale et un raccourcissement très notable; ce raccourcissement, qui porte sur le fémur, n'est pas moindre de 10 à 11 centimètres. La tuméfaction, qui est générale, s'accompagne d'un empâtement profond et d'une induration qui fait paraître énorme le fémur, surtout dans sa moitié inférieure. Le genou lui-même est augmenté de volume; il est le siège d'un développement très notable de la circulation veineuse, et il présente les caractères d'un épanchement intra-articulaire dont la nature ne peut être précisée. Le malade peut détacher, mais avec peine, le membre du lit, en soulevant le côté correspondant du bassin; mais les mouvements spontanés ou communiqués sont très douloureux. Il n'existe ni crépitation osseuse ni aucun autre signe de fracture actuelle.

A la partie supérieure de la région poplitée, vers la région interne et non loin de l'extrémité inférieure du canal de Hunter, se voit un large orifice fistuleux, à bords renversés et calleux, donnant une quantité de pus séreux et fétide, et au fond duquel apparaît profondément l'extrémité d'un séquestre volumineux, à surface complètement noire.

La partie supérieure de la jambe participe à l'augmentation de volume du membre; il semble même que les extrémités tibiales soient hyperostosées.

Le bras gauche présente vers la région deltoïdienne, et sur la partie moyenne de sa face interne, des cicatrices profondes; l'humérus paraît augmenté de volume vers sa partie moyenne; il n'est, du reste, pas douloureux.

L'état général est mauvais; il existe une fièvre hectique très prononcée; l'aspect du malade est presque cachectique; le foie et la rate sont notablement augmentés de volume.

L'extirpation du séquestre était tout indiquée; je la pratiquai le 11 avril 1883, en faisant à la région postérieure du membre une incision d'environ 12 centimètres, et en détruisant avec la gouge et le maillet quelques couches osseuses nouvelles qui embarraient la nécrose. Je pus ainsi retirer un séquestre, noir et fétide, très dur, formé de tissu compacte diaphysaire, long d'environ 8 centimètres sur 2 1/2 à 3 de large. Il me parut qu'il se composait de la face postérieure de la diaphyse fémorale.

Cette opération, malgré les lavages et le pansement antiseptique, et l'immobilisation rigoureuse où fut placé le membre, ne s'accompagna

ni de diminution des douleurs, ni de rémission de la fièvre, et la suppuration ne fut que plus abondante. Bien plus, le 23 avril, en changeant l'appareil, nous nous aperçûmes qu'une fracture spontanée du fémur s'était produite vers le tiers moyen de la masse. Une intervention plus grave et plus radicale s'imposait dès lors.

Considérant que les lésions du fémur et l'hyperostose remontaient jusqu'aux trochanters, je pensai que la désarticulation de la hanche était la seule ressource. Mais celle-ci se présentait dans les conditions les plus défavorables, en raison de l'extrême affaiblissement du malade et de l'état septique où il se trouvait. M. Gosselin, à qui je fis part de mes incertitudes, après avoir examiné avec soin l'état du membre, me suggéra l'idée de faire une amputation de cuisse dans le tiers supérieur du fémur; d'examiner alors l'état des choses, et, si je trouvais de la nécrose ou de la suppuration dans l'os, au-dessus de la surface de section, de pratiquer, aussitôt après l'hémostase faite, la résection de la partie supérieure de l'os, opération que je pourrais faire en conduisant une incision sur la face externe du membre jusqu'à l'os, et en détachant le périoste de ce dernier avec la rugine. Si, au contraire, la surface de section ne présentait pas de lésion qui dût reproduire fatalement la série des accidents antérieurs, il me conseilla de m'en tenir à l'amputation et d'attendre une nouvelle extension de l'altération osseuse, si elle se produisait, pour pratiquer une nouvelle opération.

C'est à cet avis que je me rangeai. Le 14 mai, je pratiquai l'amputation de la cuisse à trois travers de doigts environ au-dessous des trochanters. Je tombai sur un fémur présentant une telle hyperostose, que jamais je n'éprouvai une semblable difficulté à scier un os, et qu'il me fallut plus de cinq minutes pour en venir à bout. Du reste, les suites de l'opération furent assez graves : une suppuration profuse se produisit, et je fus sur le point d'avoir recours au complément opératoire que m'avait indiqué M. Gosselin. Au bout d'un mois, néanmoins, la cicatrisation du moignon était complète; mais quelque temps après, sous l'influence des essais de marche, un abcès se forma, s'ouvrit et resta fistuleux. C'est dans cet état que le malade quitta l'hôpital pour aller à Vincennes. Si l'état local laissait à désirer, l'état général était aussi bon que possible et Vignier avait repris toutes ses forces et son embonpoint.

Grâce à de nombreuses démarches, je le fis admettre à Bicêtre, où il se trouve actuellement. Le moignon est fort bon, quoiqu'il porte la trace de deux points de suppuration qui se sont fermés, il y a déjà plusieurs mois, pour ne plus se rouvrir; le fémur, dans sa partie supérieure, est toujours très augmenté de volume, mais il n'est pas douloureux; l'état général est excellent. Mais voici que, depuis quelques mois, le bras est le siège de douleurs assez vives, que réveille surtout la palpation de l'humérus; celui-ci paraît très augmenté de volume. Allons-nous avoir affaire, de ce côté, à une nouvelle recrudescence de l'ostéite, analogue à celle qui nous a conduit à l'amputation de la cuisse?

Examen du membre. — Le genou est plein de pus; les surfaces articulaires sont presque entièrement dépouillées de cartilage; la partie supérieure du fémur présente des lésions sur lesquelles je vais revenir; la partie inférieure est le siège d'un véritable effritement; les condyles sont complètement séparés l'un de l'autre, et il ne reste presque plus trace du condyle externe.

M. Ricard a bien voulu préparer par macération la pièce que je vous présente : la partie moyenne et supérieure du fémur offre un gonflement qui porte à 19 centimètres sa circonférence. Cette hyperostose est éburnée; elle est constituée par la superposition d'une série de couches osseuses concentriques, qui ne présentent pourtant pas tout à fait l'homogénéité et la dureté de la substance compacte ordinaire. La surface de cette portion d'os est très rugueuse et elle offre de nombreux ostéophytes, principalement en arrière, et d'énormes trous vasculaires. La section longitudinale de ce fragment montre que l'hyperostose, égale dans presque toute l'épaisseur de l'os, a très notablement rétréci le canal médullaire. Celui-ci, flexueux et moniliforme, est réduit à 6 ou 8 millimètres de diamètre; il renferme du pus dans toute son étendue, sauf tout à fait en haut, où il est rempli par une graisse jaune orange.

En bas, le canal médullaire est largement ouvert, surtout en arrière, et on voit qu'il constituait la loge du séquestre que j'avais retiré dans ma première opération. Le fragment supérieur du fémur se termine en bas par des saillies, comme érodées, descendant plus bas en avant qu'en arrière.

En avant, en bas et en dehors, l'éburnation cesse et fait place à une porosité très grande. La portion osseuse qui présente cet aspect est nettement séparée de la portion éburnée par un sillon profond d'élimination; elle offre l'aspect du tissu spongieux, mais d'un tissu spongieux très dur, à trabécules épaisses, irrégulières et denses; elle n'a donc rien des lésions de la carie, mais bien plutôt elle présente les caractères d'une nécrose en voie, à la fois, d'élimination et d'absorption spontanées. Sur la pièce fraîche, elle était infiltrée de pus.

Les fragments qui représentent l'extrémité inférieure du fémur sont innombrables. Je n'ai conservé que 7 ou 8 des plus gros et un certain nombre de petits. Le plus intéressant est celui qui représente le condyle interne en totalité. La face interne de ce condyle est éburnée; sa face articulaire est dépourvue de cartilage et érodée dans sa partie inférieure et postérieure seulement; mais, au niveau de l'espace sus-condylien, se voit une place bien nettement séparée du reste du condyle par une sorte de sillon lacunaire profond. L'os, à ce niveau, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, présente ces altérations de nécrose avec porosité que je viens de mentionner, état spongieux, joint à une grande densité, à une irrégularité et à un aspect rugueux des trabécules, à une coloration grisâtre, caractères qui, joints à l'existence du sillon d'élimination, ne laissent aucun doute sur l'existence d'une nécrose.

Les autres fragments, variables comme volume et comme aspect, présentent, tantôt cet aspect spongieux ci-dessus décrit, tantôt, et plus

rarement, une consistance éburnée. Les uns étaient presque libres, érodés sur toute leur surface, baignant dans le pus; les autres adhèrent encore au périoste et aux autres parties de l'os.

La rotule était modifiée; sa face antérieure présentait des sillons verticaux remarquables, dus à une irritation périostique; sa face postérieure, quoique dépourvue de cartilage, n'était pas soudée aux condyles. Son tissu était hyperostosé et éburné.

Le temps m'oblige à passer rapidement sur les diverses particularités de ce fait clinique. Je signale seulement les plus intéressantes d'entre elles. Le début de l'ostéomyélite chez un paludique, à une époque très rapprochée de l'âge adulte; on sait combien rares sont les ostéomyélites développées après l'adolescence, à peine peut-on en citer quelques exemples; je n'en ai pour ma part observé qu'un cas dont M. le Dr Picqué a publié la relation dans les *Bulletins de la Société anatomique* (séance du 30 mars 1883, p. 188, 4e série, t. VIII). Là également, il s'agissait d'un sujet disposé probablement par un état discrasique, puisque ce fut à la suite d'une attaque de scorbut dont il fut atteint dans un voyage en Islande, que le marin qui fait l'objet de l'observation en question, présenta les accidents d'une ostéomyélite aiguë. Celle-ci détermina la formation d'un abcès circonscrit dans le canal médullaire du tibia et nécessita l'amputation de la cuisse. Il est vrai que, chez le malade dont je viens de vous présenter les restes du fémur, l'ostéite avant de se fixer sur cet os et d'y revêtir un caractère aigu d'emblée, avait vers l'âge de 19 ans imprimé sa caractéristique à l'humérus gauche en déterminant la production d'abcès dont vous voyez encore les traces, et d'une hyperostose qui a persisté jusqu'à ce jour.

Notons chez ce malade la longue période de tolérance qui a suivi cette période aiguë et pendant laquelle il pouvait se servir librement de son membre malgré la permanence d'une fistule qui donnait issue de temps à autre à quelques fragments osseux.

Remarquons également que la réapparition des accidents aigus d'inflammation osseuse fut, comme chez le malade de M. Verneuil, provoquée par un traumatisme violent.

Je signale enfin à votre attention ce balancement singulier entre deux affections osseuses de même nature dont le même sujet est porteur. Cet homme est atteint d'une ostéomyélite légère de l'humérus; celle-ci, après une suppuration de courte durée, rétrocède, et malgré la permanence d'une hyperostose, reste silencieuse pendant tout le temps que met à évoluer l'ostéomyélite du fémur, pour réapparaître vingt ans après lorsque l'intervention chirurgicale a supprimé celle-ci; car les douleurs qui commencent à se

montrer dans le bras gauche, sa tuméfaction légère, l'extrême sensibitité qu'y déterminent actuellement los pressions profondes, ne peuvent s'expliquer que par le retour de l'inflammation ostéo-médullaire ancienne.

Pour ces raisons, et à cause de la discussion à laquelle pourrait donner lieu la détermination que j'ai prise en ce cas, détermination à laquelle le fait récent de M. Verneuil pourrait servir de critique, l'observation que je viens de vous lire méritait de vous être communiquée. Mais c'est principalement sur les lésions dont l'examen du membre amputé a révélé l'existence, que je veux attirer votre attention.

Je n'ai pu vous montrer le séquestre qui, dans une première opération, avait été retiré de la cuisse par l'orifice fistuleux agrandi du creux poplité. Noir et d'une consistance éburnée, il représentait évidemment une partie importante du tissu compacte de la diaphyse. A quelle époque s'était-il formé? Probablement dans la dernière année, sous l'influence de la poussée inflammatoire qu'avait déterminée le traumatisme, car on ne peut admettre que la présence d'une nécrose aussi considérable jouant le rôle de corps étranger, n'ait pendant treize ans déterminé d'autre symptômes que l'issue d'une petite quantité de pus par la fistule, et qu'elle ait été compatible avec un fonctionnement assez satisfaisant du membre. Mais en outre nous trouvons sur le même cas toute une série de séquestres d'aspects tout différent, irréguliers, spongieux, à surface vermoulue, dont les uns sont déjà libres et de toutes parts baignés dans le pus, dont les autres adhèrent encore soit à l'os ancien, soit aux couches nouvelles dont l'a revêtu le travail d'hyperostose qui a abouti à cette tuméfaction énorme et à cette condensation remarquable de toute l'extrémité supérieure du fémur. En constatant l'existence de ces nécroses, les unes en voie d'élimination, les autres à peine encore délimitées des tissus osseux vivants, il faut reconnaître le résultat de ce travail de mortification progressive qui résulte de l'inflammation osseuse, et qu'a parfaitement décrit M. Lannelongue dans la remarquable monographie qu'il a publiée avec la collaboration de M. Comby sur l'ostéomyélite chronique ou prolongée.

Il suffit, en effet, de parcourir l'histoire des sujets qui ont présenté une première poussée d'ostéomyélite aiguë terminée par une guérison apparente avec persistance d'une hypérostose, ou par une amélioration notable, malgré l'établissement d'un ou plusieurs trajets fistuleux, pour retrouver presque constamment, à des intervalles plus ou moins longs, à la suite de retours inflammatoires d'intensité variable, ce phénomène de l'issue successive de sé-

questres suivie presque chaque fois d'une amélioration nouvelle ou même d'une guérison temporaire.

Parfois ces poussées inflammatoires révèlent une véritable périodicité. Or, comme l'élimination de ces séquestres motive de temps à autre une intervention chirurgicale, comme au cours de la séquestrotomie on peut s'assurer que la cavite d'où l'on extrait les fragments nécrosés est bien vidée de tout ce qu'elle renferme d'esquilles et d'os dénudés, il est manifeste que les éliminations qui se produisent dans la suite résultent bien d'une nouvelle nécrose provenant de la continuation de l'ostéite dont la persistance est démontrée par l'hyperostose et la permanence des trajets fistuleux. Voici en résumé quelques observations de ce genre, recueillies l'année dernière dans mon service par M. le Dr Picqué. Nous y retrouvons partout avec cette reproduction des poussées inflammatoires, la formation et l'expulsion de fragments nécrosés, survenant à des époques successives plus ou moins éloignées.

I. Bouchet, âgé de 19 ans, entré à la Charité, salle Sainte-Vierge, nº 15, le 17 octobre 1882.

Ostéomyélite du fémur ayant débuté d'une manière aiguë, avec gonflement du genou, il y trois ans. Ouverture spontanée d'un abcès au creux poplité au bout de deux mois; élimination d'un séquestre volumineux au bout d'un an. Persistance du trajet fistuleux, issue successive par la plaie de poussière osseuse et de fragments de volumes divers. En mai 1882, M. Gosselin pratique l'ablation de deux séquestres volumineux; amélioration, mais persistance de la fistule. En octobre 1882, le stylet introduit dans celle-ci fait reconnaître une surface dénudée, évidemment nécrosée, mais non mobile. Il y a une hyperostose assez notable du tiers inférieur du fémur. Le malade demande sa sortie le 5 novembre 1882.

II. Meunier, Adolphe, âgé de 19 ans, garçon jardinier, entre le 1er septembre 1883 à la Charité, salle Sainte-Vierge, nº 25 *bis*.

A l'âge de 10 ans, à la suite d'un coup de pied, survient un gonflement notable du genou et de la cuisse, accompagné de douleurs violentes. Au bout de 6 mois, ouverture spontanée d'un abcès dans le creux poplité; celle-ci donne issue après 5 ans à deux séquestres. Depuis cette époque il y a tous les ans une poussée douloureuse durant une semaine environ.

Gonflement dur et fusiforme de la partie inférieure du fémur; allongement hypertrophique de 4 centimètres portant sur cet os. Trajet fistuleux dans le creux poplité, conduisant sur une large dénudation osseuse; celle-ci n'est pas mobile, le genou demi-fléchi est le siège d'un épanchement. Il y a de la sensibilité à la pression et de la chaleur, ainsi qu'un développement notable de la circulation veineuse du membre. La poussée actuelle dure depuis deux mois environ. En

raison de l'immobilité du séquestre, je rejette toute intervention active.

III. Pisson, Gaston, âgé de 23 ans, marchand de volailles, entre le 23 mars 1883 à la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 39.

L'affection a débuté lorsqu'il avait 13 ans, par des accidents fébriles très intenses avec délire et gonflement de la jambe. Au bout de trois mois, incision d'un abcès qui donne issue à un séquestre volumineux; guérison au bout de neuf mois. En 1879, apparition d'une tuméfaction douloureuse à la partie supérieure du tibia; M. Duplay fait une incision et en extrait plusieurs séquestres. Nouvelle guérison temporaire. Il y a un mois, retour du gonflement et des douleurs; ouverture d'un abcès au niveau de la face interne du tibia; gonflement notable de la partie supérieure du tibia; fistule conduisant dans une cavité centrale où l'on sent un séquestre mobile. Trépanation du tibia le 4 mai; extirpation d'un très petit séquestre contenu dans une cavité remplie par des fongosités que l'on enlève à la cuiller tranchante. Drainage, pansement à l'iodoforme. Après des accidents inflammatoires considérables, qui présentèrent de la tendance à la diffusion, amélioration; le malade quitte l'hôpital le 10 juin en conservant un trajet fistuleux.

IV. Pauline, Marie, âgée de 22 ans, entre le 28 septembre 1882 à la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 1.

Il y a 8 ans, avec une réaction fébrile intense et des douleurs atroces, production puis ouverture d'un abcès à la malléole externe; issue de plusieurs esquilles; guérison temporaire au bout d'un mois.

Trois ans après, réouverture de l'abcès, issue de fragments osseux, guérison assez rapide.

Il y a 3 ans, à la suite d'une variole, un nouvel abcès se produit au même point et reste ouvert trois mois sans qu'il y ait d'élimination osseuse nouvelle.

Quatre jours avant son admission se produit une tuméfaction notable au niveau du péroné et tout autour de lui, mais sans rougeur, sans douleur et sans fièvre. Le péroné est très augmenté de volume, il est sensible à la pression. Le gonflement est œdémateux, sans fluctuation, résistence ni tension. Il existe des cicatrices résultant des anciens abcès sur tout le tiers inférieur de la face externe du péroné L'articulation tibio-tarsienne est indemne. L'immobilisation, les pointes de feu, la compression amènent, la résolution du gonflement sans qu'il se soit formé d'abcès.

Quelle est la durée, quelles sont les limites de cette évolution nécrobiotique? L'observation suivante montre qu'elle peut être absolument indéfinie.

Ostéite épiphysaire développée à l'âge de 7 ans; ouverture d'un abcès central du tibia resté fistuleux pendant 65 *ans. Autopsie.*

Lorsque je pris possession de mon service de Bicêtre, je trouvai dans un coin de la salle des grands infirmes (Bernard-Palissy), un vieillard de 71 ans qui était considéré comme atteint d'ulcère variqueux. Il présentait, en effet, des modifications importantes et profondes des téguments de la jambe gauche qui était le siège d'un érythème chronique avec induration et fusion de la peau avec les parties sous-jacentes. Mais à l'union du tiers supérieur avec le tiers inférieur de la jambe on pouvait apercevoir un orifice fistuleux situé au fond d'une dépression de la peau. Cette fistule donnait accès à un très long trajet oblique en haut, au fond duquel le stylet, quoiqu'il fut évidemment emprisonné dans un trajet osseux, ne rencontrait pas d'os à nu. Le tibia était du reste le siège d'une forte hyperostose facilement appréciable au niveau de sa face interne. Le genou était doué de mouvements assez étendus.

L'interrogatoire que je fis subir à ce malade dont l'intelligence était fort affaiblie, me permit néanmoins de mettre hors de doute les points suivants :

A l'âge de 7 ans il avait été pris d'une inflammation violente à la jambe ; bientôt un abcès s'était ouvert (au bout de trois mois environ, pendant lesquels il avait été fort malade) ; l'ouverture de cette collection avait amené un soulagement notable, et deux ans après, par cet orifice étaient sortis plusieurs séquestres de quelques centimètres de long. Depuis lors l'orifice fistuleux ne s'était jamais fermé ; de temps à autre quelques esquilles moins importantes avaient été éliminées, sans qu'il y eut d'inflammation violente, et sans qu'il fut obligé d'interrompre les travaux de sa profession de tailleur.

Ne doutant pas que je n'eusse affaire aux restes d'une ostéite épiphysaire remontant à l'enfance, je me promis de ne pas laisser échapper l'occasion d'une constatation fort importante ; bientôt l'affaiblissement sénile se compliqua d'attaques qui révélaient un ramollissement cérébral et le malade ayant succombé le 7 août de cette année, à l'âge de 72 ans passés, je recueillis avec soin, et fis conserver le squelette de la jambe gauche. La pièce, très habilement préparée par M. Tramond, présente les particularités suivantes :

Le tibia ainsi que le péroné sont sains dans l'étendue de leur tiers inférieur. Le péroné lui-même n'offre d'autre altération que quelques ostéophytes qui rendent sa surface rugueuse.

Le tiers moyen du tibia, surtout au niveau de sa face antérieure est comme gonflé ; la face interne est couverte de bosselures : on y voit aussi quelques ostéophytes sessiles et arrondis, qui prennent un développement bien plus considérable au niveau des bords interne et externe, et surtout au niveau de la ligne oblique qui offre l'aspect d'une véritable crête saillante et très irrégulière. L'extrémité supérieure du tibia montre des stalactites des formes les plus diverses et revêtant l'aspect

de lames contournées en coquille, de jetées et de ponts véritables. A 7 centimètres au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, se voit un orifice à bords réguliers et mousses, qui correspond à la plaie où se trouvait le trajet fistuleux. Un autre orifice plus grand, plus irrégulier, allongé verticalement, est ouvert sur la face externe, immédiatement en avant et au-dessous de l'articulation périnéo-tibiale supérieure. Mais c'est sur la face interne, à 3 centimètres au-dessous de la tubérosité interne du tibia qu'on voit le plus grand de ces trous, qui s'ouvre à l'extérieur au-dessous d'une arcade fort élégante constituée par une sorte de voûte à trois piliers.

Enfin un dernier orifice existe à la partie supérieure de l'espace triangulaire qui sert aux insertions du nerf poplité.

Une section vertiacle du tibia fait reconnaître des lésions bien différentes à la partie supérieure et à la partie moyenne de l'os.

A la partie supérieure, tout ce qui est au-dessus de la ligne épiphysaire, quoique formé par du tissu osseux condensé, et ne présentant plus trace de tissu spongieux, est relativement normal.

A l'union de l'épiphyse et de la diaphyse commence une énorme cavité qui s'étend dans tout le quart supérieur de l'os. Elle est entourée par une épaisse couche de tissu osseux éburné et compacte ; elle communique avec l'extérieur par les divers orifices que j'ai mentionnés. Mais sa surface interne est des plus irrégulières. Dans une notable partie de son étendue elle est constituée par la face interne de la lame osseuse de revêtement. Mais en avant elle présente une saillie bien différente d'aspect qui pénètre dans l'intérieur de la cavité qu'elle remplit en partie. Cette saillie est formée de tissu poreux, friable, ressemblant plus à une masse crétacée qu'à du tissu osseux. Sa coloration est grisâtre, et elle est partout bien délimitée du tissu osseux éburné sur lequel elle s'insère en quelque sorte, par une ligne de démarcation bien tranchée. On ne peut douter, à la voir, qu'il s'agisse d'un séquestre central, encore adhérent à la paroi osseuse, et destiné à tomber dans la cavité de l'abcès intra-osseux où il proémine.

Au-dessous de ce point, tout le tiers moyen de l'os est occupé par une masse éburnée qui a fait disparaître jusqu'aux derniers vestiges du canal médullaire dans toute cette région. Mais en certains endroits, le centre de cette masse compacte offre les mêmes caractères, quoique un peu moins prononcés, que le séquestre que nous venons de décrire. En un point surtout l'on voit une masse grisâtre, poreuse déjà, assez distincte du reste du tissu compacte, qui ne laisse que peu de doute sur l'existence d'une nécrose constituée ou en train de se constituer.

Au tiers inférieur le canal médullaire redevient normal. Les articulations conjointes au tibia étaient saines ; celle du genou présentait seulement un peu de dépoli des surfaces articulaires.

Inutile d'insister sur les lésions secondaires que présentaient les parties molles ; c'étaient celles de l'inflammation de longue durée qui confond tous les tissus en une masse fibreuse lardacée et homogène.

Cette pièce présente un intérêt tout particulier ; je la crois

presque unique. Ainsi voilà le résultat d'une ostéite épiphysaire (je lui conserve ce nom qui répond ici exactement au siège primitif de l'affection) de l'adolescence? Au bout de plus de soixante-cinq ans la cavité primitive de l'abcès persiste, malgré la trépanation spontanée multiple qui s'est effectuée, et sur les parois de cette cavité, de même que dans le tissu éburné de l'hyperostose lui-même, se produisent encore des nécroses. En présence de ce fait on se demande si les auteurs anciens n'avaient pas raison jusqu'à un certain point de désigner sous le nom de nécrose une affection dont celle-ci n'est pas seulement la terminaison mais dont elle est un caractère constant pendant toute la durée de son évolution. Je ne crois donc pas méconnaître la conception exacte de la nature et de la pathogénie de ces lésions en disant que ces ostéomyélites (je préférerais que l'on dit ces ostéites) du jeune âge, malgré leurs apparentes guérisons, se continuent par un travail d'inflammation chronique ou prolongée, qui, indépendamment des hyperostoses qui en sont le résultat presque constant, des abcès centraux des os, du canal médullaire ou des épiphyses, auxquels elles donnent souvent lieu, est essentiellement caractérisé par la nécrose, c'est-à-dire par la formation et l'élimination successive de séquestres.

Un mot seulement sur la marche de ces ostéites prolongées à formes nécrosiques : Si, dans quelques-unes d'entre elles, l'inflammation du tissu médullaire, la condensation et la mortification du tissu osseux, suivent un processus presque continu, marqué par des exacerbations fréquentes, il est d'autres cas où l'on observe de longues périodes de repos pendant lesquelles la résolution paraît, en raison de leur durée, un fait acquis. Voyez le malade de M. Verneuil qui, à la suite de l'amputation, avait joui d'une vingtaine d'années de santé; le mien chez lequel l'humérus, atteint d'ostéite, il y a vingt ans, est menacé d'un retour des phénomènes inflammatoires et de ses conséquences. En présence de semblables exemples, on est autorisé à dire, avec M Lannelongue, qu'un os qui a jadis été le siège de ces inflammations auxquelles on donne le nom d'ostéomyélite, d'ostéite épiphysaire, d'ostéite aiguë, reste toujours en imminence pathologique et constitue un véritable *locus minoris resistentiæ*, où toute cause occasionnelle, affections inflammatoires : pyrexies, états cachectiques, mais surtout le traumatisme, peut ramener l'état inflammatoire aigu, la suppuration osseuse et la nécrose.

Je crois pourtant qu'il peut exister des guérisons durables, et à cet égard je puis vous donner des nouvelles du jeune garçon dont je vous ai communiqué l'observation dans la discussion qui eut lieu sur l'ostéomyélite en 1879. (Séance du 23 avril, p. 362.) Chez lui,

quoique je n'ai pas fait la trépanation osseuse, la guérison ne s'est pas démentie ; et quoique l'ouverture de l'abcès sous-périostique du péroné ait laissé à sa suite un peu de gonflement osseux, aucun retour inflammatoire ne s'est produit depuis six ans ; l'état physique et fonctionnel du membre ne laisse rien à désirer. Je crois néanmoins qu'il faut considérer ce résultat heureux comme exceptionnel, et j'ajoute que, malgré les apparences, on ne peut encore le considérer comme un succès définitif de l'incision simple.

Au point de vue du traitement, il faut distinguer avec soin l'ostéomyélite prolongée de l'ostéomyélite aiguë. Si, dans cette dernière, la trépanation osseuse doit être préconisée comme une opération simple et inoffensive autant qu'efficace, dans la première, elle ne saurait être de quelque utilité que pour aider l'issue de séquestre absolument détaché. Quant à vouloir enlever toutes les parties nécrosées et non encore délimitées par une ligne de démarcation, à plus forte raison toutes les portions de l'os ancien ou de l'os nouveau qui sont destinées à la mortification dans un avenir plus ou moins éloigné, ce serait une prétention injustifiable, et l'extension, la diffusion des lésions que nous observons dans les cas anciens, l'impossibilité où l'on est, même sur les pièces anatomiques, de distinguer souvent le mort du vif, doivent suffire à faire rejeter de semblables tentatives.

L'intervention qu'il est difficile de proportionner aux lésions dont on ignore l'étendue, doit obéir ici à des indications qui sont la complète évacuation du pus, l'élimination des fragments nécrosés, la désinfection des cavités suppurantes intra-osseuses, et la préservation de l'état général contre les conséquences de suppuration de longue durée. Aux premières de ces indications répond la séquestrotomie ; à la dernière, le sacrifice total ou partiel du membre. Or, le fait de M. Verneuil et le mien me semblent plaider en faveur de l'intervention modérée et de l'amputation dans la continuité. Eh quoi, n'est-ce pas un succès déjà d'avoir procuré de la sorte une rémission d'une vingtaine d'années au malade ? Et si plus tard les lésions continuent leur évolution, et si une opération plus radicale doit être tentée, la réamputation à un niveau plus élevé ne l'emportera-t-elle pas en bénignité sur la désarticulation ou l'amputation hâtive à la racine du membre ? M. Verneuil, en exécutant et en proposant son nouveau procédé d'amputation, me semble indiquer, du reste, que l'opération doit rester la plus limitée que l'on puisse, tout en ayant pour but l'ablation de la plus grande partie possible des points malades ?

Si j'avais eu connaissance de l'opération qui vient de vous être soumise, j'y aurais probablement eu recours chez le sujet de ma première observation. Je crois néanmoins avoir sagement agi en

préférant, sur le conseil de M. Gosselin, l'amputation dans la partie supérieure de l'hyperostose à la désarticulation coxo-fémorale. Quand bien même, ce qui n'est nullement prouvé, la partie supérieure de la diaphyse fémorale que j'ai conservée, devait redevenir le siège de l'ostéite, des suppurations et des nécroses qu'elle détermine, j'estime que le malade aura été exposé à moins do dangers du fait et de l'amputation première et de la résection ultérieure de la partie supérieure de son fémur, qu'il n'en aurait eu à courir par la désarticulation pratiquée dans les conditions défavorables où il se trouvait. Je crois donc que dans ces ostéites prolongées avec tendance à la nécrose, l'intervention doit rester aussi limitée que possible tout en débarrassant le malade de celles des lésions qu'il présente, qui constituent un danger immédiat et pressant pour l'existence.

M. Terrier. Messieurs, je vous présente un malade qui fut soigné dans mon service pour une ostéo-myélite aiguë, à propos de laquelle j'ai dû intervenir d'un côté par la trépanation, de l'autre par l'ouverture de l'abcès péri-osseux sous-périostique.

Voici cette observation recueillie par M. Montprofit, interne de service à l'hôpital Bichat.

Guillot (Eugène), âgé de 17 ans, est amené à l'hôpital Bichat, le 30 janvier 1884. Il a d'abord été placé dans un service de médecine, le premier diagnostic porté ayant été : rhumatisme articulaire aigu; au bout de quelques jours, on reconnaît que sa maladie est d'une nature différente, et il passe dans le service de chirurgie.

On ne relève pas dans son histoire d'*antécédents* de scrofule ou de syphilis; à l'âge de 9 ans, il a, dit-il, été atteint de rhumatisme articulaire ; depuis, il a toujours eu une bonne santé. Ses parents sont bien portants.

Depuis six mois, ce garçon a été soumis à de grandes fatigues, il est manifestement surmené; de plus, dans les derniers temps, il était exposé à des refroidissements fréquents.

Dans la nuit du 21 au 22 janvier, il est pris subitement d'une douleur très vive dans le genou gauche et dans l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Alors surviennent de la fièvre, de l'insomnie, anorexie; il peut cependant marcher pendant encore deux ou trois jours ; le 26 janvier, les douleurs sont plus vives, et il s'alite définitivement; un médecin le voit ce jour-là et porte le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

Le 30 *janvier*, on l'apporte à l'hôpital et il est reçu dans un service de médecine. Jusque-là tous les phénomènes ont été localisés du côté gauche ; on voit alors survenir de la douleur et du gonflement à l'extrémité inférieure de la cuisse droite, tandis que du côté opposé une amélioration marquée se manifeste.

2 février. — Du côté droit, le gonflement augmente, la douleur devient extrêmement vive au niveau de la partie inféro-interne du fémur. Le genou est gonflé et on constate de l'épanchement dans l'intérieur de l'articulation, il existe, du reste, une légère infiltration œdémateuse de tout le membre inférieur. Enfin, en palpant soigneusement l'extrémité inférieure de la cuisse, on constate nettement la présence d'une collection liquide située profondément. Dans ces conditions et en présence des phénomènes généraux qui se sont accentués, le diagnostic de périostite phlegmoneuse s'impose, et dès le lendemain le malade est transporté dans le service de chirurgie.

3 février. — L'état local est le même. Douleur très vive et nettement limitée à l'extrémité inférieure du fémur. Collection purulente dans le même point. La température s'élève le soir à 39°. Le malade est très abattu, la langue est sèche et fuligineuse, l'appétit absolument nul, la soif vive, le ventre tendu et douloureux, de la diarrhée survient.

4 février. — On pratique, au moyen du thermo-cautère, une incision longue d'environ 10 centimètres à la partie interne de la cuisse, à 4 travers de doigt au-dessus du condyle interne ; on arrive bientôt sur un foyer contenant environ 300 grammes de pus, assez bien lié et chargé de gouttelettes huileuses. On recueille une certaine quantité de ce pus dans des tubes en verre, stérilisés et fermés à la lampe. Le résultat de l'examen de ce liquide sera donné ultérieurement.

La sonde cannelée pénètre dans un vaste foyer situé en avant et en arrière du fémur, et va frapper cet os dénudé sur une large étendue ; le foyer ouvert est donc un foyer sous-périostique.

On pratique des lavages dans la cavité au moyen d'une solution de bichlorure de mercure au 1000°. L'opération a été faite sous le spray phéniqué avec toutes les précautions antiseptiques accoutumées, on place dans la plaie un tube volumineux et on applique un large pansement de Lister. Le membre est ensuite immobilisé dans une gouttière en fil de fer.

Les jours suivants, le malade accuse une légère diminution de la douleur ; le gonflement du membre est aussi moins marqué ; cependant la fièvre reste encore très élevée : 39°,2 le matin et 40°,2 le soir.

6 février. — La douleur est limitée très nettement au tiers inférieur du fémur droit. On constate à ce niveau une augmentation manifeste du volume de l'os. L'épanchement articulaire a disparu. Le malade est toujours dans la même prostration, avec phénomènes typhoïdes très marqués : ballonnement du ventre, diarrhée.

7 février. — Température matin 39°,2, soir 40°,4. Même état général. Le malade tousse un peu, on ne trouve rien d'anormal à l'auscultation des poumons. L'auscultation du cœur révèle un léger souffle systolique à la pointe. Les urines contiennent une notable quantité d'albumine non rétractile.

8 février. — Devant la persistauce des phénomènes généraux graves, malgré l'évacuation du foyer sous-périostique, M. Terrier pense qu'il existe un foyer médullaire et décide de trépaner le fémur.

Les précautions antiseptiques étant prises, et le malade étant chloroformé, l'incision primitive est agrandie en haut et en bas à l'aide du thermocautère. Le fémur est dénudé sur les trois quarts de sa circonférence, et sur une assez grande hauteur. M. Terrier applique sur la face antérieure du fémur deux couronnes de trépan, l'une au-dessus de l'autre, de facon à faire une brèche d'environ 3 centimètres de hauteur sur 1 centimètre de largeur. Le canal médullaire est ouvert, il contient du pus. On recueille une partie de ce pus de la même façon que précédemment et avec les mêmes précautions. La plaie est ensuite lavée largement avec la solution de bichlorure au 1000e, et deux gros tubes en caoutchouc rouge sont placés : l'un en avant, dans la plaie osseuse, l'autre sur la partie interne du fémur, à la région la plus déclive du foyer sous-périostique. Pansement de Lister et immobilisation dans une gouttière garnie de ouate.

Le soir, la température monte encore à 40°,4. Abattement, subdelirium, la diarrhée persiste.

9 *février*. — Amélioration notable. Le matin, la température est de 39°,3, le soir de 39°,9, le malade souffre un peu moins; pansement et lavage avec la solution de bichlorure.

Remarque. — Cette observation n'est certes pas exceptionnelle; cependant elle présente, tant au point de vue de la marche des phénomènes, qu'au point de vue de la conduite suivie par le chirurgien, quelques points qu'il est intéressant de faire ressortir.

Les circonstances qui ont accompagné le debut de la maladie sont celles que tous les auteurs citent comme habituelles : adolescent, surmené, exposé à des refroidissements, c'est là ce qu'on retrouve dans la plupart des observations. La ressemblance avec une attaque de rhumatisme articulaire aigu a été chez notre malade assez frappante pour que cette erreur de diagnostic ait été commise; cependant le siège des douleurs sur la longueur des os, et non au niveau de l'articulation, l'absence de gonflement articulaire, au moins au début, doivent rapidement fixer l'attention et éloigner l'idée de rhumatisme articulaire.

La maladie a paru débuter du côté gauche, c'est à gauche que le malade a commencé à souffrir; mais après cette première phase, les phénomènes ont paru se calmer, et c'est du côté opposé que la suppuration s'est d'abord manifestée, et avec la rapidité habituelle bien connue; puis, après un temps assez long, il y a eu une sorte de réveil des phénomènes au siège primitif de l'affection.

La première intervention chirurgicale a consisté dans l'évacuation du foyer sous-périostique de la cuisse droite; cette intervention n'a amené ni chute thermique, ni diminution dans les douleurs; après la trépanation, au contraire, on vit se produire une détente très nette et une amélioration incontestable dans l'état du malade. Le traitement appliqué aux deux membres n'a pas été le même : le fémur droit a seul été trépané, et cependant la guérison s'est produite de la même façon de l'un et de l'autre côté; peut-on de là légitimement conclure que la seconde partie de l'intervention, c'est-à-dire la trépanation, ait

été inutile? Pour cela, un élément indispensable fait défaut, il faudrait, en effet, savoir exactement si du côté gauche la lésion ne s'est pas bornée à de la périostite avec ostéite superficielle, alors que du côté opposé il y eut ostéite et ostéo-myélite.

Du reste, ce n'est pas après un si bref délai qu'on peut juger définitivement du résultat obtenu; en chirurgie osseuse, c'est par années et non par mois qu'il faut compter, et bien que l'état actuel du malade soit excellent, bien que les mouvements aient été restitués d'une façon très satisfaisante, le gonflement qui existe encore à l'extrémité inférieure de la cuisse doit faire garder sur le pronostic éloigné une certaine réserve.

10 *février*.— Ce jour-là se produisent deux faits très nets et très importants: 1° la douleur disparaît complètement; 2° la température subit une chute d'environ un degré. Le matin, on a 38°,6, le soir 39°,3.

La nuit a été bonne, le malade a dormi; l'appétit se réveille, et on donne quelques aliments solides.

11 *février*. — Même état. Température matin 38°,5, soir 39°,6.

12 *février*. — Température matin 38°,4, soir 38°,5.

La plaie a bon aspect, l'escarre due au thermocautère se détache peu à peu, les deux drains sont maintenus, ot servent à faire des injections au bichlorure.

L'état général se relève peu à peu, l'abattement est moindre, l'amaigrissement cesse de faiро des progrès. Cependant la diarrhée continue toujours; le malade est mis pendant quelques jours au régime lacté exclusif. Le lait est additionné d'eau de chaux.

13 *février*. — Température matin 38°,8, soir 39°,6.

14 *février*. — Température matin 38°,6, soir 39°.

15 *février*. — Température matin 38°,3, soir 39°,2. On peut presser le fémur depuis la partie moyenne jusqu'au niveau des condyles sans provoquer la moindre douleur.

Le volume est redevenu presque normal.

La plaie bourgeonne vigoureusement. On continue les lavages, il n'y a pas de rétention purulente.

16 *février*. — Température matin 38°,1, soir 39°,5. L'amélioration est moins sensible, le malade est un peu abattu.

17 *février*.— Température matin 38°, soir 38°,4. Dans l'après-midi le malade se plaint de souffrir très vivement de la cuisse gauche. La douleur est localisée au tiers inférieur. En palpant soigneusement, on sent le fémur augmenter de volume au même point.

Au niveau du genou et immédiatement au-dessus, on ne constate ni gonflement, ni douleur.

Au début de l'affection, des phénomènes analogues s'étaient déjà manifestés dans le même endroit. On assiste maintenant à leur réveil.

18 *février*. — Température matin 38°,3, soir 39°,3. Même état.

19 *février*.— Température matin 38°,2, soir 39°,4. La douleur est un peu moins vive.

20 *février*. — Température matin 38°,5, soir 38°,6.

21 *février*. — — — 38°,7, — 38°,8.

22 *février*. — Température matin 38°,4, soir 39°,2.

Même état, la plaie a toujours bon aspect, et bourgeonne bien. On laisse les deux drains et on continue les lavages.

Du côté gauche, les phenomènes suivent la même marche lente qu'ils ont suivie depuis le commencement ; la douleur esi moins vive, mais on constate de l'empâtement et de l'augmentation de volume de l'os ; il n'y a pas de fluctuation manifeste.

Du 23 *février* au 5 *mars*, rien de particulier à noter. La température descend le matin an-dessous de 38° à 37°,8, ou le soir elle monte à environ 38°,5.

Le malade reprend des forces, la diarrhée diminuc, et on peut donner une alimentation plus substantiellc.

La plaie tend à se fermer. Jusqu'ici on sentait le fémur dénudé sur une certaiue étendue. Actuellement il ne reste plus qu'une petite surface de la largeur d'une pièce de 50 centimes, entourée par des bourgeons charnus. Un des drains est supprimé.

Du côté gauche, on trouve toujours le même empâtement de l'extrémité inférieure de la cuisse.

5 *mars*. — Températurc matin 38°,4, soir 38°,1. On constate la présence d'une collection purulente à la partie interne et inférieure de la cuisse. Pas de douleur très vive, pas de changement de coloration de la peau, mais fluctuation très nette.

6 *mars*. — Température matin 37°,6, soir 39°,1.

7 *mars*. — — — 37°,8, soir 39°,2.

9 *mars*. — — — 38°,3. M. Terrier incise le foyer purulent au moyen du thermocautère, le malade étant endormi. Vaste collection sous-périostée contenant environ 400 grammes de pus avec gouttelettes huileuses, et paraissant s'étendre en arrière, vers le creux poplité. On place dans cette cavité un draiu volumineux. Pansement de Lister.

Dans les jours qui suivirent cette opération, la température ne baissa pas notablement. Elle ne tomba au-dessous de 38° le matin que le 14, c'est-à-dire cinq jours plus tard ; cependant le malade a conservé un peu d'appétit, et il ne présente plus les phénomènes typhoïdes du début. A partir de ce moment, l'histoire de notre malade est d'une graude monotonie. Les deux plaies, après avoir suppuré pendant près de deux mois, se cicatrisent peu à peu ; la gauche fut fermée un mois avant celle du col droit. La température se maintient pendant longtemps au-dessus de la normale, et, après plusieurs alternatives d'élévation et de dépression, revient à sa hauteur habituelle. Au commencement du mois de mai, peudant longtemps, l'état général du malade a été fort grave; une diarrhée persistante, un amaigrissement très prononcé ont pu faire craindre un moment le développement d'une tuberculose intestinale, mais ces phénomènes étaient vraisemblablement sous la dépendance de rétentions purulentes passagères au niveau des foyers des membres inférieurs.

L'adynamie fut si prononcée qu'une escarre survint à la région sacrée, mais les soins dont fut entouré le malade, et notamment l'u-

sage d'un matelas d'eau empêchèrent que cette lésion ne prît une extension trop grande.

Dès que tous les phénomènes inflammatoires du côté des membres inférieurs eurent disparu, on commença à faire exécuter des mouvements, afin de prévenir la raideur des articulations des genoux. Le retour des mouvements fut beaucoup plus rapide du côté gauche que du côté droit. Le côté droit fut, on le sait, celui où l'on trépana le fémur.

Enfin le malade put marcher et sortir de l'hôpital à la fin du mois de juillet. A cette époque,les deux plaies étaient complètement fermées, et la marche se faisait facilement, non sans raideur, mais sans claudication et sans douleur.

Le malade fut revu trois mois après le 14 octobre, et son état tant au point local qu'au point de vue général était le suivant :

Cuisse droite. —La cicatrice est complète, elle est déprimée, enfoncée et adhérée profondément au fémur. L'os paraît augmenter de volume. La circonférence de la cuisse à 4 centimètres au-dessus de la rotule est de 38 centimètres.

L'articulation du genou est saine, elle ne présente ni craquements, ni épanchement, ni douleur. La *flexion extrême* ne dépasse pas l'*angle droit.*

Autour de la cicatrice, plaque d'anesthésie, répondant sans doute à la section des filets nerveux de la région.

Cuisse gauche. — La cicatrice est moins déprimée; elle adhère aux muscles sous-jacents, le fémur est volumineux, il est quelquefois douloureux ; la circonférence est de 39 centimètres.

L'état de l'articulation est très bon ; la flexion est la même que du côté opposé : angle droit.

L'état général est très bon. Les fonctions digestives ne laissent rien à désirer. Le malade mange bien, digère bien, et n'a plus de diarrhée ; il a notablement engraissé. La marche est très facile, et ne cause aucune gêne, ni aucune douleur. Les courses de trois ou quatre lieues sont possibles sans fatigue.

Résultat de l'examen du pus recueilli.

On trouve sur les lamelles, où on a fait sécher une gouttelette de liqueur, colorée ensuite avec le violet de Bale, traitée après par la solution d'iode iodurée et montée dans le beaume après déshydratation par l'alcool et l'essence de girofle, des micro-organismes ronds ou ovoïdes, isolés ou réunis en petits amas (staphyloccocus mesurant $0^{m},03$ à 05 en très grande quantité.

Ils sont là avec des globules rouges et blancs. La culture n'a pas réussi, parce qu'elle a été probablement tentée trop tardivement (2 à 3 mois après la récolte du liquide).

M. Trélat. M. Berger dans toute sa communication a indiqué l'ostéomyélite prolongée comme prédisposant à la nécrose. Je sais

bien qu'il a un peu corrigé cela dans une phrase. Mais je crois que l'évolution de cette maladie a des conséquences variables. Je crois que l'ablation du séquestre ne guérit jamais la maladie. C'est un produit qu'on enlève, la maladie continue au delà.

M. Berger dans ses pièces d'autopsie montre un séquestre qui se forme ; c'est bien long, le début de la maladie remonte à 60 ans. On ne peut pas dire que ce soit un séquestre en voie de formation.

M. Berger a dit que l'évolution n'est pas fatale. Mais cela est bien évident. Les résultats sont très divers. Si M. Terrier nous présente son malade dans nombre d'années, nous pourrons en tirer une conclusion. Mais jusqu'alors il faut attendre.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que la maladie est redoutable, extensible, durable, et que l'énergie de la thérapeutique doit être grande.

Au début, la trépanation si l'on veut ; plus tard il faut enlever tout ce qui est atteint.

En fait de septicémie j'ai vu un cas bien intéressant. Un enfant de 7 à 8 ans fut pris d'ostéomyélite suraiguë du tibia. J'intervins, mais après j'eus une coxalgie du même côté des ostéophytes du bassin. Pendant 3 ans il eut de tous côtés des abcès osseux, et au bout d'un long traitement il est guéri il y a 2 ou 3 ans.

Le cas de M. Verneuil rentre difficilement dans le précepte que je viens de dire. Si Laurens avait amputé, c'était évidemment que la maladie n'était pas au siège supérieur où elle est venue plus tard.

M. Sée. M. Verneuil a fait une section au-dessus du trochanter. J'ai pratiqué une opération analogue à l'extrémité supérieure pour un arrachement. L'humérus était fracturé, l'articulation étant intacte. Je laissai la tête de l'humérus en place, et l'enfant guérit parfaitement. J'agissais ainsi pour ne pas ouvrir l'articulation de l'épaule, et pour laisser au blessé un moignon plus favorable aux efforts et à la prothèse.

M. Verneuil. Dans mon observation ce qu'il y a de particulier c'est une trève de 24 ans, mais les guérisons sont parfaitement possibles. On guérit en apparence de l'ostéomyélite, mais toute la vie reste une lésion qui peut toujours se réveiller. C'est une maladie générale qui persiste quand même.

Ces récidives sont évidemment le résultat d'une lésion permanente et parasitaire ; l'organisme est habité. Un abcès fétide se reproduit au bout de plusieurs années.

Quand on a été albuminurique par le fait de cette affection, l'albuminurie revient, j'en ai eu un cas au bout de 15 ans.

M. Terrier. Je me fais une tout autre idée de l'ostéomyélite que celle du professeur Verneuil. Cette affection est essentiellement sceptique, due à un micrococcus (*le staphylococcus aureus*). Sous une influence difficile à déterminer, ce microbe pénètre dans l'économie et y fait naître la maladie septique avec son ensemble symptomatique, et en particulier les néphrites infectieuses.

L'infection générale guérit, mais les lésions locales se guérissent souvent d'une façon incomplète et peuvent se réveiller plus tard. Il est difficile d'admettre qu'un sujet puisse garder pendant de longues années un stock de microbes et que ce soit sous l'influence des ces microbes, que les accidents ultérieurs se produisent.

L'ostéomyélite est une affection septique non pas comme la septicémie aiguë : elle a son microbe spécial, qu'on a essayé d'inoculer (A. Rodet, *Lyon Médical*, 12 octobre 1884), mais l'ostéomyélite ne paraît pas spontanément chez les animaux, et la maladie produite ne me paraît qu'une maladie expérimentale.

M. Pozzi. Il faut bien différencier les néphrites infectieuses des néphrites dégénératives, parce que les unes et les autres ont une influence différente sur le résultat.

J'ai une belle observation qui le prouve.

M. Verneuil. Il n'y a aucune confusion à faire entre ces deux lésions néphritiques.

Rapport.

Rapport sur deux observations de M. le Dr Houzel, de Boulogne-sur-Mer, par M. Paul Berger.

La première de ces observations se rapporte à un sujet qui se rattache de près à la question sur laquelle j'ai présenté un récent rapport : il s'agit d'un cas de malformation des extrémités, intitulé par M. Houzel :

Polydactylie; amputation des doigts surnuméraires.

Voici le résultat de cette observation :

Un enfant naît de parents sains, d'une famille exempte de toute espèce de difformité; mais ces mêmes parents avaient eu, quatre ans auparavant, un autre enfant, qui avait six orteils à chaque pied; cet enfant était mort d'athrepsie.

Le deuxième enfant, celui dont M. Houzel rapporte l'histoire, est bien portant. Il porte six orteils à chaque pied; deux d'entre eux sont supportés par le 2e métatarsien; ils sont réunis par une palmure, mais

leur squelette est indépendant. Il existe aussi un sixième doigt à chaque main, mais ici la malformation n'est plus symétrique. A gauche, le doigt surnuméraire, attaché au bord cubital de la main, est rudimentaire; il n'est relié au reste de la main que par un pédicule cutané qui le laisse flottant; il n'a que deux phalanges. A droite, le doigt surnuméraire est plus gros et plus fort que le petit doigt ne l'est normalement; il s'articule à peu près à angle droit avec le 5e métacarpien ; il est pourvu de trois phalanges, dont les deux dernières seulement paraissent jouir de mouvements spontanés (une planche annexée à l'observation représente cette malformation).

M. Houzel pensa avec raison que la difformité des pieds ne réclamait aucun traitement, puisqu'elle pouvait aisément se dissimuler dans la chaussure. Il résolut, au contraire, de débarrasser l'enfant de ses doigts surnuméraires, et il le fit avant que l'enfant eût atteint l'âge de 2 mois. Une simple section au thermocautère lui permit de faire tomber le doigt surnuméraire gauche, qui ne tenait à la main que par un pédicule cutané; à droite, il fallut faire une véritable amputation à deux petits lambeaux; la première phalange du doigt surnuméraire fut sectionnée aussi près que possible de son articulation avec le métacarpien. L'enfant guérit rapidement, quoique les sutures appliquées sur les lambeaux les eussent coupés dès les premiers jours.

Cette observation ne peut soulever de discussion qu'à propos de l'époque choisie par M. Houzel pour l'opération. On ne peut que l'approuver d'avoir limité son intervention à la malformation des mains; il est certain, d'ailleurs, qu'il était opportun de débarrasser l'enfant de doigts surnuméraires inutiles, gênants, et dont la vue même est un réel sujet d'ennuis pour ceux qui en sont favorisés et pour tous ceux qui approchent ces derniers; le temps n'est plus où les géants Hanakins se glorifiaient, comme d'un emblème de leur force, de porter six doigts à chaque main et six orteils à chaque pied. Mais fallait-il agir de si bonne heure? ne valait-il pas mieux attendre quelques mois pour laisser les forces de l'enfant se développer? C'est la question qui revient à propos du traitement de toutes les malformations congénitales qui ne menacent pas l'existence; il est certain que si les enfants, dans les premières semaines qui suivent leur naissance, sont bien plus profondément atteints par l'acte opératoire et par ses conséquences possibles : douleur, perte de sang, fièvre et complications inflammatoires, si leur nutrition peut être troublée d'une manière fatale par ces perturbations qu'ils n'ont pas la force de supporter, d'autre part, il existe un intérêt réel à faire disparaître le plus tôt possible une difformité qui, si elle est guérie de bonne heure, peut rester ignorée de presque tous ceux qui les entourent. On peut à cet égard, avoir la main forcée par les parents eux-mêmes, et je me souviens d'un père qui me contraignit à opérer d'un bec-de-lièvre compli-

qué son enfant, dès le surlendemain de sa naissance, en me déclarant qu'il préférerait le laisser mourir que de subir, même pendant quelques mois, la vue de ce pauvre petit être difforme. L'opération, que je fis avec l'aide de M. le Dr Dubar, de Lille, réussit à merveille; mais les parents ne me pardonnèrent jamais ce succès. Ce sont là, j'en suis convaincu, des exceptions presque monstrueuses, mais il est des cas fréquents où l'on doit déférer au légitime désir qu'ont les parents de ne pas voir s'attacher à leur enfant le souvenir d'une difformité. L'observation de M. Houzel montre qu'en pareil cas l'opération, faite avec le chloroforme, peut être tentée de très bonne heure sans trop de danger; je crois que l'on serait autorisé à agir comme lui, pourvu que l'intervention pût, comme dans ce cas, rester très limitée et très simple.

M. Houzel vous a soumis un échantillon du chloroforme écossais dont il s'est servi en cette occasion; c'est un chloroforme très pur et d'agréable odeur; son action ne m'a pas paru, néanmoins, plus prompte que celle des chloroformes chimiquement purs, dépourvus également d'odeur irritante, que nous livrent certains pharmaciens de Paris.

M. Houzel termine cette observation par la conclusion que voici : « Les doigts surnuméraires doivent être enlevés aussi près que possible de la naissance, dès que la vie de l'enfant est assurée; en prenant bien soin de laisser intacte l'articulation métacarpo-phalangienne, partant, de ne pas ouvrir les synoviales, l'opération est sans danger. » Je la modifierai simplement en disant que ces doigts surnuméraires *peuvent* être enlevés à l'époque indiquée par l'auteur et que l'opération en question, faite d'ailleurs dans de bonnes conditions de résistance de la part de l'enfant, *paraît presque exempte de dangers.*

Puisqu'il s'agit d'ectrodactylie et qu'un certain nombre de faits de ce genre ont été communiqués à la Société dans les dernières séances, permettez-moi de joindre à ce rapport le résumé de deux observations que m'envoie notre correspondant, M. Ancelet, de Vailly-sur-Aisne.

Il s'agit d'un couple de chanteurs ambulants. La femme ne présentait d'anomalie qu'au bras gauche. Celui-ci, de même que l'avant-bras, était notablement plus court que du côté sain; le membre se terminait par un moignon supportant seulement deux doigts indépendants et très mobiles. La sœur jumelle de cette femme, qui était petite, jouait le rôle de géante dans les foires; elle pesait 175 kilogrammes.

L'homme présentait des anomalies symétriques aux quatre membres : les mains, pourvues de métacarpiens bien développés, ne supportaient qu'un doigt, l'auriculaire, volumineux et incliné latéralement, de telle sorte que ses deux dernières phalanges étaient parallèles à

l'extrémité libre des métacarpiens. Le 1er métacarpien, très volumineux et indépendant, était opposable et faisait l'office de pouce. Les pieds présentaient une disposition en pince de homard, ils ne portaient chacun que deux orteils, le 1er et le 5e, mais simples. Mais cet individu s'était enlevé lui-même le gros orteil droit à la suite d'une blessure qui l'avait compromis. Du reste, les métatarsiens étaient au complet, circonstance par laquelle cette disposition se distingue des cas que nous avons relatés.

Je me borne à cette simple mention, M. le Dr Ancelet ayant publié la description de ces deux cas de malformation dans une note lue à la Société médicale de Reims, le 20 décembre 1882 et relatée dans l'*Union médicale du Nord-Est*, en mars 1883.

La deuxième observation de M. le Dr Houzel est intitulée :

Bec-de-lièvre compliqué (*gueule-de-loup*); *opération. Guérison.*

Comme vous le devinez d'après ce titre, le bec-de-lièvre compliqué seul a été l'objet de l'intervention chirurgicale; la division staphylo-palatine fut comblée ultérieurement par l'application d'un appareil de prothèse. Voici le résumé succinct de ce fait, dont M. Houzel a complété la relation par l'envoi d'un moule en plâtre et de photographies :

Il s'agit d'une fillette de 5 ans, qui portait un bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os intermaxillaire et de division large de la voûte et du voile du palais. Pour mobiliser l'os incisif, M. Houzel pratiqua une résection triangulaire portant sur le vomer, suivant le procédé de Blandin : l'hémorragie fut peu considérable, puisqu'elle put être arrêtée par l'attouchement avec une aiguille à tricoter chauffée au rouge; puis l'os incisif fut ramené à sa place et ses parties latérales avivées furent fixées par une suture à l'extrémité correspondante des arcades alvéolaires. La division de la lèvre fut alors avivée et réunie suivant le procédé de M. Mirault (d'Angers); mais la suture ne réussit que du côté gauche; à droite, la petite malade rompit les adhésions dans un effort violent, et il fallut recommencer l'avivement et la suture quatre mois après. Cette fois, le succès fut complet; l'examen du moule et des photographies qui accompagnent l'observation montre que les dents sont bien à leur place et que la lèvre, bien réparée, présente une hauteur très suffisante.

La réussite de restaurations semblables n'est, heureusement, plus chose fort rare aujourd'hui; aussi, après avoir félicité M. Houzel du plan opératoire qu'il a judicieusement adopté et méthodiquement suivi, insisterai-je seulement sur une modification du procédé de suture qui lui appartient, et à laquelle il attache une certaine importance; voici comment il la décrit :

« L'avivement du lobule et de la lèvre droite recommencé (il

s'agit de la deuxième opération), la suture entortillée posée, je pris une étroite bande de gros canevas. En ayant tiré les fils verticaux, un sur deux, je passai au travers des trous agrandis la tête et la pointe des épingles de la suture, et, avec du collodion riciné, je fixai solidement les deux chefs, que j'avais exprès laissés très larges, sur les joues, en les faisant remonter jusqu'aux oreilles. »

Comme on le voit, cette suture collodionnée supplémentaire suppose l'adoption de la suture entortillée. Or l'emploi des épingles, dans la réunion du bec-de-lièvre, a fait place à l'usage de la suture entrecoupée au fil d'argent, que lui préfèrent presque tous les opérateurs, car elle est plus souple, plus maniable; elle permet de surveiller la ligne de réunion, et surtout elle laisse moins de traces, en général, que la suture entortillée.

La bandelette collodionnée dont s'est servi M. Houzel peut, du reste, s'adapter avec quelque modification aux autres variétés de suture, et beaucoup d'opérateurs y ont recours, comme moyen de renforcement, pour rapprocher les joues des enfants. Voici comment, pour ma part, je l'emploie :

Deux bandelettes de toile fine sont fixées par leur extrémité postérieure sur les régions malaire et massétérine au moyen de plusieurs couches de collodion élastique superposées. Quand celles-ci sont parfaitement sèches et que l'adhésion est intime, les chefs antérieurs de ces deux bandelettes sont ramenés vers la ligne médiane et croisés en avant de la lèvre supérieure, en même temps que l'on exerce sur eux une assez forte traction qui fait saillir les joues en les attirant vers la lèvre. On fixe alors les bandelettes en les étreignant avec une ligature à leur point d'entre-croisement. Ce procédé, très simple, permet d'exercer sur les deux joues le degré de traction que l'on veut, de l'augmenter, de le relâcher et même de séparer complètement les deux bandelettes en coupant le fil qui les unit, pour inspecter l'état de la ligne de réunion.

Je m'arrêterai encore sur deux points de l'opération qui soulèvent des réflexions de quelque importance: M. Houzel ne dit pas s'il a fait bénéficer sa petite opérée de l'anesthésie chloroformique. C'est une lacune que je voudrais lui voir combler d'autant plus que l'anesthésie est actuellement employée d'une manière courante dans l'opération du bec-de-lièvre: la seule fois où je m'en sois abstenu, c'était à propos d'un cas de bec-de-lièvre compliqué que je fus obligé d'opérer le surlendemain de la naissance. J'ai recours, en pareille circonstance, à des inhalations successives de chloroforme ; je commence par endormir l'enfant moi-même, et je ne procède à l'opération que quand il est absolument insensible ; l'administration du chloroforme est alors suspendue, pour être reprise

dès que le petit patient donne quelques marques de sensibilité. Cette manière de procéder allonge à la vérité quelque peu l'opération, mais elle ne présente aucun danger réel, et en inclinant la tête de l'enfant sur le côté et en abstergeant fréquemment avec de petites éponges montées l'intérieur de la cavité buccale, on évite presque complètement que du sang soit avalé en quantité assez notable pour causer même des nausées et des vomissements. J'ajoute qu'il est bon de surveiller beaucoup la respiration de l'enfant au moment où l'on serre la suture enchevillée, par laquelle, dans bien des cas, on tient rapprochées les ailes du nez.

Le dernier point que je veux relever est le suivant : M. Houzel a fait en une seule séance cette longue et minutieuse opération, et il a eu raison ; je ne me suis départi qu'une fois de cette manière de faire et j'eus lieu de m'en repentir. Il s'agissait d'un enfant atteint de bec-de-lièvre unilatéral avec grand écartement, compliqué de saillie notable de l'os incisif et de division de la voûte palatine, que j'opérai il y a 2 ans à la Charité. Désireux d'éviter à l'enfant une perte de sang trop considérable en un seul jour, je commençai par refouler l'os incisif et par libérer les deux moitiés de la lèvre et l'aile du nez de leurs connexions avec les maxillaires, et je remis à un autre jour l'avivement et la réunion. Quand je voulus les pratiquer, au bout de 5 ou 6 jours, les surfaces muqueuses divisées suppuraient, l'enfant était pâle et affaibli par l'obstacle que les souffrances apportaient à son alimentation. Fut-ce à cette dernière condition, ou à la contamination de la surface d'avivement par le pus qui provenait des plaies faites antérieurement, que je dus la suppuration qui s'empara tardivement de ma ligne de réunion et la désunion qui se fit le lendemain du jour où j'eus enlevé les sutures ? En tous cas ce fut le seul insuccès que j'éprouvai dans mes opérations de bec-de-lièvre pratiquées jusqu'à ce jour. Dans celles que je fis depuis lors, je libérai séance tenante et dans un premier temps, les deux moitiés de la lèvre en divisant la muqueuse du repli gingivo-labial avec le bistouri et en achevant le décollement avec une spatule. Je pratiquai aussitôt après l'avivement et la suture ; l'opération pratiquée de la sorte ne s'accompagna pas d'un écoulement sanguin trop considérable, et elle fut couronnée d'un plein succès.

Je me suis promis de ne plus multiplier les séances opératoires chez les enfants, quand il était possible d'achever en une seule fois tout ce que l'on avait à faire.

M. Terrier. M. Houzel enlève les doigts de bonne heure, je le comprends. Mais je crois qu'on peut toujours enlever toute la

phalange; l'os restant pousserait et on aurait un résultat incomplet, le fragment restant devant pousser.

M. Berger. Je suis de l'avis de M. Terrier sur l'adulte.

Présentation de malade.

M. Championnière présente un opéré de *genu valgum.*

J'ai l'honneur de présenter un opéré que je m'étais engagé à amener en répondant il y a quelques mois à M. Trélat, à propos de la comparaison de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie dans la cure du *genu valgum*. Je disais que je pensais que la guérison survenait plus vite après l'ostéotomie; et M. Trélat me répondait que Mac Even estimait qu'il fallait six mois pour obtenir une marche convenable.

Voici un garçon de dix-huit ans qui avait un *genu valgum* double avec un écart des malléoles de vingt-quatre centimètres. Il y a quatre mois, je lui ai coupé les deux fémurs. Ni douleurs ni fièvre dans les jours qui ont suivi. Au bout de huit semaines en essayant de marcher il est tombé, il s'est rompu son cal du côté gauche, ce qui a nécessité un séjour de trois semaines de plus au lit. Cette rupture a entraîné une déformation sensible de ce côté, tandis que le côté droit qui était le plus dévié est absolument régulier.

Malgré cela, la difformité est bien disparue, il marche très bien, revient de Vincennes actuellement. Il n'a eu ni hydarthrose, ni insuffisance des ligaments. Il fléchit la jambe droite jusqu'à faire toucher le talon et la fesse. A gauche (siège de la fracture du cal), la flexion est un peu moins complète. Ce résultat est acquis en quatre mois, malgré un accident.

J'ai fait aussi, dernièrement, l'ostéoclasie chez un enfant âgé de douze ans, avec l'appareil Collin. Les résultats définitifs sont bons, mais il avait eu, après l'opération, des douleurs atroces durant deux jours, et il a eu de l'hydarthrose et de l'insuffisance des ligaments, rapidement enrayés du reste.

Mais les suites m'ont paru infiniment plus simples chez un homme que je vous ai présenté, il y a deux ans, chez celui-ci, chez un jeune homme auquel j'ai dernièrement coupé la partie supérieure du fémur, et dans un autre cas de *genu valgum*, chez un homme de vingt-six ans, encore dans mon service à l'hôpital Tenon, et dont les femurs durs comme de l'ivoire m'ont obligé à employer la main d'un aide pour manœuvrer le maillet pendant que je fixais l'ostéotome.

Je crois l'ostéotomie beaucoup plus simple dans la plupart des cas, beaucoup moins effrayante, et surtout toutes les fois qu'il s'a·

git de sujets sortis de l'enfance ; les douleurs très vives, l'hydarthrose, le gonflement et l'insuffisance ligamenteuse secondaire, témoignent que les grands efforts que l'on développe pour la fracture ne sont pas aussi innocents qu'on le dit volontiers.

Séance du 10 décembre 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. le Dr Cabadé de Valence, d'Agen, a envoyé une observation intitulée: *Rupture traumatique du canal de l'urètre. — Infiltration urineuse, fistule récidivée.* (Rapporteur M. Terrier.)

A propos du procès-verbal.

Sur l'ostéomyélite.

M. le Dr Larger. J'ai suivi la discussion engagée dans les deux dernières séances avec un intérêt d'autant plus vif que tout ce qui a été dit et montré à cette occasion justifie pleinement la conduite que j'ai tenue dans le cas du jeune garçon de 12 ans que j'ai eu l'honneur de relater devant vous le 10 janvier 1883. Non seulement j'ai trépané l'os ainsi que le recommande M. Lannelongue, mais j'ai pratiqué encore l'évidement de toutes les parties malades, afin d'enlever jusqu'à la dernière trace du mal. J'ai fait cela dans le but d'éviter plus certainement les accidents éloignés qui ont été déjà signalés par M. Lannelongue lui-même et dont MM. Verneuil et Berger nous ont montré de si frappants exemples.

Je me suis bien trouvé de cette manière de faire, et ce que j'ai entendu ici m'engage une fois de plus à recommencer à l'occasion. J'ajoute que cet évidement est d'une exécution facile, sous l'ischémie d'Esmarch, quand on s'y prend dès le début du mal et quand

celui-ci n'a pas dépassé l'epiphyse ; plus tard, quand tout l'os est envahi, il n'en est plus de même, ainsi que l'a fait remarquer M. Trélat. Enfin l'évidement est assez inoffensif et j'ai été surpris de la rapidité avec laquelle la perte de substance osseuse a pu se combler.

Dans le mémoire précité, je donnais de la maladie en question cette synthèse : « C'est une maladie infectieuse, disais-je, microbienne, ayant une rapide tendance à se généraliser et à déterminer, avec un état typhoïde une *pyémie spéciale* du côté des os et des articulations. »

C'est, en résumé, le tableau que nous en a tracé M. Terrier, et je ne puis que me féliciter de m'être rencontré sur ce point avec notre éminent collègue.

Mais le terme d'ostéomyélite qui paraît avoir prévalu, est-il bien celui qui convient à la maladie ? Je ne l'ai point pensé et ne le pense pas encore, car ostéomyélite veut dire inflammation de la moelle, contenant et contenu; c'est ce qui s'observe dans les moignons des amputés, affection sans rapport avec celle dont il est question. Cette dernière d'ailleurs existe aussi bien dans les os sans moelle que dans les os à moelle; enfin elle peut se montrer dans les os longs et avec son caractère le plus grave, ainsi que je l'ai démontré, sans que le canal médullaire soit le moins du monde en cause. L'ostéomyélite n'est donc qu'une complication de cette maladie au même titre que l'arthrite purulente, les fractures spontanées, etc. ; ce qui la caractérise histologiquement et cliniquement, c'est le phlegmon, c'est le pus se produisant d'une manière rapide et diffuse, d'où le nom de *phlegmon diffus osseux* que j'ai cru devoir proposer.

Rapports.

Rapport sur une amputation ostéoplastique du pied, par M. Terrier.

J'ai été chargé de vous présenter un rapport sur un fait d'amputation ostéoplastique du pied, dû au Dr Villeneuve (de Marseille).

Voici tout d'abord le résumé de son observation. Il s'agit d'une femme G., âgée de 52 ans, ayant les apparences d'une assez bonne constitution et n'offrant pas d'antecédents spéciaux à signaler.

Pour un abcès du dos du pied gauche, la malade entra à l'Hôtel-Dieu et fut bientôt guérie. Mais un mois après nouvel abcès, qui fut traité à la Conception par une résection partielle des os du pied.

C'était donc un abcès symptomatique de lésions osseuses, fait sur lequel M. Villeneuve n'insiste peut-être pas assez.

Le 1er janvier 1883, M. Villeneuve prit le service dans lequel se trouvait la malade et constata la persistance de lésions osseuses du côté des os du tarse, trois trajets fistuleux, et enfin l'intégrité du calcanéum.

N'obtenant pas d'amélioration par les moyens ordinaires, généraux et locaux, M. Villeneuve décida la malade à subir l'amputation du pied avec conservation du calcanéum réséqué. Cette opération fut pratiquée le 15 mars, avec toutes les précautions de la méthode de Lister.

«Les os, dit l'auteur, étaient extrêmement ramollis et friables et se laissaient couper facilement. L'avant-pied et l'astragale furent détachés avant la section du calcanéum et du plateau tibial, qui, sauf ce ramollissement, me parurent en bon état. »

D'après des renseignements ultérieurs, l'opération aurait été faite suivant les règles décrites dans le traité de notre collègue, M. Farabeuf. Les artères furent tordues et non liées, les lambeaux furent réunis par six points de suture en fil d'argent; un drain traverse la plaie de part en part au devant des os, ce qui n'est pas trop listérien.

Puis, pour maintenir les parties osseuses en contact, et c'est là un point important de l'observation de M. Villeneuve « deux longs clous d'acier sont enfoncés à travers les parties osseuses, par le talon». Ces clous pénètrent facilement les tissus et sous l'impulsion de la main seule ils s'enfoncent aux 2/3 de leur longueur; il faut y ajouter quelques légers coups de marteau pour les fixer définitivement. Le pansement de Lister est appliqué et, au-dessus de lui, M. Villeneuve place un pansement ouaté de Guérin.

Les suites de l'opération furent plus simples, le pouls ne depassa pas 80° et la tempraéture 38°. Ce ne fut qu'au bout de 12 jours que M. Villeneuve retira son pansement; la plaie était réunie, sauf au niveau du drain, bien entendu, et les points de suture furent enlevés. Quant aux deux clous d'acier ils étaient mobiles et faisaient une saillie de 2 centimètres en dehors de la peau du talon; les os d'ailleurs paraissaient mobiles l'un sur l'autre; les clous furent de nouveau enfoncés et les lambeaux de l'amputation furent assujettis avec du diachylon. Il est probable qu'alors on abandonna le Lister ou que celui-ci ne fut plus parfait.

Quoi qu'il en soit, le 4 avril, c'est-à-dire au bout de 18 jours, M. Villeneuve enlève ses clous d'acier et maintient toujours les parties avec du diachylon jusqu'au commencement de mai, époque où la plaie est tout à fait guérie.

A cette date, les fragments sont toujours un peu mobiles l'un

sur l'autre, au moins latéralement et dans une étendue que l'auteur évalue à 1/2 centimètre. Les points d'implantation des clous d'acier, tout à fait cicatrisés, sont à peine visibles; quant au moignon, il est bien rembourré comme l'indique le moule ci-joint.

Du reste la malade marche bien et ne se plaint que d'un peu d'hyperesthésie dans les téguments du talon, hyperesthésie qui, d'ailleurs, diminue de jour en jour.

En août, M. Villeneuve revit sa malade qui, malgré la mobilité du fragment calcanéen, marchait très bien depuis plusieurs mois; toutefois au niveau de sa *néarthrose* et en dehors il s'était produit un petit trajet fistuleux conduisant sur une partie osseuse dénudée. On fit des injections de teinture d'iode et la malade fut perdue de vue en septembre dernier.

L'auteur termine en insistant avec juste raison sur la valeur du procédé d'amputation ostéoplastique qu'il a utilisé, d'après la méthode Le Fort-Pasquier.

De plus, il fait remarquer que, malgré le résultat évidemment insuffisant de la suture osseuse, en utilisant des tiges d'acier, celles-ci ont été parfaitement supportées par les tissus, ce qui d'ailleurs a été déjà noté.

En effet, M. Chaput, interne de M. Le Fort, a vu utiliser ces pointes dans le service de Hahn à Berlin, et comme l'a remarqué M. Villeneuve, il n'en reste pas de traces ultérieures sur la peau du talon. Dans la séance du 20 décembre 1882, M. le professeur Le Fort a présenté à la Société de larges tiges de fer, que, pour son compte, il n'a pas encore employées.

L'inflammation provoquée par ces tiges de fer paraît peu accusée, et leur présence faciliterait plutôt la réunion osseuse. Toutefois, il vaudrait peut-être mieux n'en utiliser qu'une seule ? Dans le cas de M. Villeneuve, l'ostéoporose des parties sectionnées et mises au contact, suffit, croyons-nous, pour expliquer la non-consolidation osseuse, malgré la suture métallique.

En résumé l'observation de M. Villeneuve est intéressante à plus d'un titre; aussi je vous propose de la déposer aux archives et d'adresser des remerciments à l'auteur, candidat au titre de membre correspondant.

Fistules péniennes.

Rapport par M. Tillaux.

Vous m'avez chargé de vous rendre compte d'un travail de

[1] *Bull. Soc. chirurgie*, t. IX, p. 32.

M. le Dr Robert, professeur agrégé au Val-de-Grâce, travail portant le titre suivant :

Fistules urétropéniennes, consécutives à la mortification des parois de l'urètre par constriction de la verge. — De leur traitement.

Vous voyez, Messieurs, que M. Robert n'a pas eu la pensée d'envisager le traitement des fistules uréthropéniennes dans leur ensemble, mais seulement de celles qui sont produites par un mécanisme tout particulier, la constriction circulaire prolongée de la verge.

Le travail de notre confrère repose sur une observation qui lui est personnelle, et sur un cas observé par lui dans le service de M. Duplay. Il mentionne, en outre, un troisième cas qu'il a observé à l'hôpital Trousseau, sans indiquer le service.

Voici un résumé de l'observation personnelle de M. Robert :

Il s'agit d'un Arabe vagabond et en grande partie privé de ses facultés mentales qui, trois semaines avant son entrée à l'hôpital d'Aumale, en Algérie, s'était introduit la verge dans un anneau métallique. Il en résulta un gonflement considérable de l'organe et une rétention complète d'urine durant 48 heures. Puis une fistule urinaire s'établit en arrière de l'anneau. M. Robert vous a montré un dessin représentant l'état de la verge lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Vous voyez que l'organe offre une forte tuméfaction, plusieurs ulcérations, et deux gros bourrelets entre lesquels apparaît le corps étranger. Notre confrère s'occupa d'abord de délivrer la verge, ce qu'il obtint en passant une sonde de Blandin entre l'anneau et la peau, et en limant le corps étranger.

La perte de substance de l'urètre mesurait un centimètre en hauteur et un demi-centimètre en largeur.

Lorsque les choses eurent repris leur aspect à peu près normal et qu'il ne resta plus que la fistule, notre confrère se proposa de la guérir à l'aide d'une opération et eut recours à l'urétroplastie à double lambeau superposé. Un dessin annexé à l'observation rend compte de cette opération d'ailleurs facile à comprendre. Un premier lambeau pris sur les côtés de la fistule fut rabattu sur celle-ci de façon à présenter sa face cutanée du côté de l'urètre. Un second lambeau taillé sur le scrotum en arrière de la fistule fut attiré d'arrière en avant de façon à opposer sa face cruentée à la face cruentée du premier, le tout maintenu par des sutures. On mit une sonde à demeure.

Les choses allèrent bien tout d'abord, mais le quatrième jour les sutures échappèrent et l'urine coula de nouveau par la fistule. Cependant celle-ci était réduite à deux millimètres lorsque le malade quitta l'hôpital, et l'urine coulait en grande partie par le méat.

Ainsi donc, malgré des soins très bien administrés, quoique l'opération ait été fort sagement conduite, notre distingué confrère a obtenu un échec. C'est qu'en effet la cure de ces fistules urinaires accompagnées de perte de substance de l'urètre rencontre de réels et multiples obstacles. Aux difficultés habituelles d'obtenir une réunion immédiate qui est ici absolument de rigueur, se joint la présence de l'urine dont il est si difficile d'empêcher le contact avec le champ opératoire. M. Robert était d'ailleurs très au courant de toutes ces difficultés. C'est ainsi qu'il rappelle que pour certaines fistules urétrales un rétrécissement du canal est une cause certaine d'insuccès. Sans doute, il convient toujours de s'assurer que le canal présente son calibre normal avant d'opérer une fistule et de le lui restituer si celà est nécessaire.

J'ai déjà dit qu'à mon sens M. Robert avait choisi le meilleur mode opératoire pour le cas particulier dont il nous a entretenus, puisque l'urètre présentait une assez large perte de substance. Dans ces cas, en effet, l'urétrorraphie est insuffisante ; c'est à l'urétroplastie qu'il convient de recourir, et le procédé à double lambeau superposé me parait le meilleur.

Mais voici la grosse difficulté :

Comment empêcher l'urine de se mettre au contact de la plaie?

M. Robert rappelle que pour détourner l'urine, des chirurgiens (Viguerie, Ricord) ont établi une boutonnière périnéale en arrière de la fistule. L'idée est ingénieuse sans doute et répond bien à l'indication ; mais, sans parler de l'aggravation que vous apportez ainsi à l'acte opératoire, êtes-vous bien certain de remplir votre but, d'empêcher le contact de l'urine ? Je ne le crois pas. Il est possible, il est probable même qu'un peu d'urine suivra la paroi supérieure du canal.

Et la sonde à demeure ? On a plusieurs fois discuté dans cette Société ses avantages et ses inconvénients. M. Robert l'a employée et il ne pouvait guère faire autrement vu l'état mental de son malade. Et cependant la sonde à demeure dans l'urétroplastie présente des inconvénients sérieux ; elle détermine toujours un certain degré d'urétrite et peut amener la suppuration du lambeau cause fatale d'insuccès. De plus, elle ne met pas absolument à l'abri du contact de l'urine, car très souvent une petite quantité d'urine s'engage entre la sonde et les parois du canal.

Il serait donc préférable de pratiquer le cathétérisme avec une sonde molle.

Il est un moyen que n'a pas signalé M. Robert et auquel ne pouvaient songer les auteurs qui se sont occupés de cette question, il y a un certain nombre d'années, c'est la ponction répétée de la vessie.

Avant l'introduction dans la pratique chirurgicale de l'aspirateur de notre collègue M. Dieulafoy, la ponction de la vessie était considérée, à bon droit, comme une ressource suprême, toujours redoutée. Aujourd'hui, elle est devenue inoffensive, on pourrait presque dire trop inoffensive, car on y a peut-être trop rapidement recours. La ponction de la vessie n'est certes pas plus dangereuse que la boutonnière périnéale, et elle serait autrement efficace pour le cas qui nous occupe. Chacun de nous possède sans aucun doute des observations où la ponction de la vessie a été pratiquée plusieurs jours de suite sans le moindre accident. Or, si pendant quatre ou cinq jours il ne passait pas dans l'urètre une seule goutte d'urine, la réunion immédiate aurait de grandes chances d'être opérée surtout avec les soins que nous y apportons aujourd'hui.

Il est certain que deux obstacles principaux s'opposent au succès des restaurations urétrales, la présence du pus dans l'urètre et le contact de l'urine avec la plaie. Supprimez donc la sonde à demeure et la miction par l'urètre.

Je pense qu'il faut d'abord essayer de pratiquer le cathétérisme aussi rare que possible ; mais si pour une cause quelconque, cette manœuvre est contre-indiquée, on aura recours à la ponction vésicale une ou deux fois dans les 24 heures.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à M. le Dr Robert pour son intéressante observation et de déposer son travail aux archives.

Discussion.

M. Verneuil. Les fistules péniennes m'ont longtemps occupé. Je n'ai jamais fait que l'urétrorraphie. L'urétroplastie à plusieurs lambeaux échoue en général.

Avec les avivements larges et les sutures métalliques rapprochées, on a plus de chance de réussir. La petite sonde molle qui ne distend pas l'urètre est très bien supportée. Cela ne doit qu'empêcher les efforts de l'urine sur la plaie.

La nocuité de l'urine m'a toujours paru un mythe ; dans aucune opération elle n'empêche la réunion. Toutefois l'urine ammoniacale ou trop acide est un obstacle à la réunion. Pour l'urine saine il n'en est rien. Beaucoup d'opérateurs célèbres ont renoncé à éviter le contact de l'urine dans la fistule vésico-vaginale.

Le fait suivant montre bien le rôle de l'urine et la nécessité de tenir compte de ses qualités, quand il s'agit de la cure des fistules urinaires.

Fistule pénienne. — Avivement et suture par la méthode américaine. — Réunion complète. — Fistule secondaire suivant le trajet de l'un des fils. — Formation de petits graviers d'acide urique dans la fistule; persistance de celle-ci.

L. P..., 40 ans, taille moyenne, constitution excellente, mais emphysémateux et arthritique. En 1883, chancre mou près du filet, perforation de la paroi inférieure de l'urètre, guérison avec persistance, à la base du gland, d'une fistule mesurant 8 à 9 millimètres d'avant en arrière, et 5 millimètres dans le sens transversal, à bords souples, mais fort minces. Toute trace d'inflammation a disparu ; il y a seulement, et de longue date, un peu de blennorrhée.

Je pratique l'urétrorraphie, le 3 mars 1884. Le peu d'épaisseur des bords de la fistule rend l'avivement, sans perte de substance, assez délicat. Cependant, en ayant soin de distendre le canal avec une sonde de caoutchouc rouge de 8 millimètres, je crée autour de l'orifice fistuleux et sans l'agrandir une zone d'avivement de 5 millimètres au moins.

J'emploie du fil de fer recuit extrêmement fin et les aiguilles très petites dont on se sert pour les entérorraphies. Je place sur la ligne médiane six sutures très rapprochées, en m'efforçant, suivant les préceptes de la méthode américaine, de ne point faire pénétrer les fils dans la cavité de l'urètre. Malgré toute mon attention, je pus constater qu'un d'entre eux était à nu dans le canal par son anse, car je perçus un frottement en introduisant une sonde de caoutchouc rouge, n° 14, que je fixai pour permettre l'évacuation de l'urine, à volonté.

Comme pansement, je plaçai entre le prépuce et la ligne de suture une petite compresse de mousseline très fine, de quelques millimètres de largeur, et bien imprégnée de poudre d'iodoforme.

Or, P..., bon vivant et courageux, n'était pas très sobre; il buvait volontiers le bourgogne, le champagne et le cognac ; je le mis au régime quelques jours avant l'opération, et après celle-ci je prescrivis l'eau de Vals, le bromure de potassium à 4 grammes par jour et une alimentation rafraîchissante.

Le lendemain et le surlendemain, tout allait à souhait. Les urines étaient évacuées toutes les deux heures, et la sonde fonctionnait à merveille. Mais, le malade, très insubordonné, se trouvant mal dans son lit et tourmenté d'ailleurs par un accès d'emphysème assez fort, passa plusieurs heures dans son fauteuil, et malgré toutes les supplications de sa garde se fit donner dans la journée trois verres à bordeaux de madère. Pourtant, tout allait encore bien le 5 au soir ; j'insistai cependant beaucoup sur l'usage de l'eau de Vals, parce que les urines devenaient un peu muqueuses et forte-

ment chargées de dépôts uratiques. Dans la nuit suivante, la sonde se boucha ou se déplaça, et le malade, après plusieurs vaines tentatives pour faire couler l'urine, finit par retirer l'instrument.

Le 6, j'examinai la plaie pour la première fois; ayant tiré avec précaution le prépuce, je trouvai la petite compresse iodoformée imbibée de suppuration ; toutefois les sutures tenaient bon, la réunion semblait accomplie, et il n'y avait aucune trace d'inflammation. Je remplis de nouveau le cul-de-sac balano-préputial de poudre d'iodoforme, dans la région opérée, remettant à plus tard l'ablation des sutures.

Ayant appris que le patient touchait continuellement à son pansement, à la sonde, je ne replaçai pas celle-ci, qui avait d'ailleurs provoqué une urétrite assez prononcée, et je prescrivis le cathétérisme toutes les trois heures environ. J'en chargeai le malade qui, devant moi, avait introduit très habilement la même sonde.

Le lendemain 7, un peu d'urine s'échappa par la paroi inférieure de l'urètre, en quantité bien minime cependant, car la poudre d'iodoforme n'était pas entraînée. Le 8, même phénomène.

Le 9, j'enlève 4 points de suture et n'aperçois rien de suspect; la réunion paraît complète. J'introduis doucement la sonde de caoutchouc rouge par le méat, et je ne la vois nulle part au niveau de l'ancienne perforation.

Le 10, tout va bien. Le 11, l'urine passe de nouveau; j'enlève les deux derniers points de suture ; je lave soigneusement la ligne de réunion avec un pinceau ; je constate le succès absolu de la suture, et j'affirme que la fistule est fermée. Cependant l'urine ayant passé le 12, je reviens le lendemain et fais uriner le malade devant moi. Alors, à ma grande surprise, je vois un petit filet d'urine qui jaillit à 2 ou 3 millimètres de la ligne de réunion, du côté droit, et perpendiculairement à l'axe de la verge ; il répond à l'orifice d'un des points de suture, sans doute de celui qui pénétrait dans la cavité urétrale.

Ayant vu plusieurs fois à la suite de la fistule vésico-vaginale de petits pertuis semblables se fermer spontanément ou à la suite de quelques cautérisations légères, je portai donc à diverses reprises la pointe aiguë d'un crayon de nitrate d'argent dans l'orifice fistuleux dans l'espoir d'obtenir ainsi la cicatrisation secondaire. Ce moyen resta sans succès.

Sur ces entrefaites, M. P... fut pris d'un violent accès de congestion pulmonaire, suite probable de refroidissement, et qui m'inspira quelques inquiétudes. A la fin du mois de mars, je m'occupai de nouveau de la fistulette urinaire qui ne s'était pas modifiée. Je m'expliquais difficilement sa persistance, lorsque le 31 mars, nous en eûmes l'explication.

Nous avions remarqué au niveau du trajet fistuleux une induration manifeste qui tranchait sur la souplesse des parties voisines. P..., qui, comme je l'ai dit, s'occupait continuellement de son mal, ressentait une légère douleur dans ce point. Il le travailla avec la pointe d'une épingle et parvint à en extraire un petit calcul d'un millimètre et demi environ de diamètre, dur, jaunâtre et manifestement composé d'acide urique. Les jours suivants, d'autres petits grains beaucoup plus fins sortirent encore. La fistule ainsi désobstruée livra passage à un jet d'urine plus volumineux.

J'espérais que l'issue de ces corps étrangers amènerait la guérison, mais il n'en fut rien. La fistule se rétrécit à la vérité les jours suivants; mais lorsque le malade quitta Paris, elle donnait toujours passage à l'urine.

J'ai reçu de P..., au mois de mai, une lettre où il est dit que la guérison spontanée ne s'est point effectuée et qu'une petite opération secondaire sera nécessaire. Il est bien évident que l'urine, très chargée de sels, s'insinuait le long du fil qui pénétrait dans l'urètre; qu'elle a déposé une concrétion, devenue l'origine de la fistulette secondaire; et que ce fâcheux incident n'aurait pas eu lieu si cette urine avait été chimiquement moins riche en acide urique.

J'ai cru devoir signaler cette cause d'insuccès assez rare, ou du moins assez peu connue, je crois.

M. Berger. L'idée de M. Tillaux pour la ponction aspiratrice répété est très ingénieuse, mais ne serait peut-être pas pratique. On fait ces ponctions en général chez des individus à rétention et à vessie distendue.

Ici peut-être serait-il difficile de faire attendre le malade; et de ce fait peut être y aurait-il quelques difficultés.

M. Anger. La sonde à demeure me paraît une mauvaise condition de succès. J'ai eu des accidents du côté de la vessie et jusque du côté du testicule.

Dans un dernier cas tout récent je n'ai pas mis de sonde à demeure et j'ai fait uriner l'enfant dans le bain. Il s'agissait du reste d'un enfant de 3 ans chez lequel les ponctions répétées seraient difficiles.

M. Richelot. L'urine peut avoir une action mécanique pour la désunion des plaies. Cela ne se passe-t-il pas pour la salive dans les plaies du canal de Sténon ? Dans l'urètre il en est de même. Dans la fistule vésico-vaginale son action mécanique est celle qui est redoutée.

M. Gillette. Je crois que l'urine agit surtout mécaniquement.

J'ai fait 3 urétrorraphies, j'ai échoué une fois avec la sonde et j'ai réussi deux fois sans sonde à demeure. La ponction malheureusement ne serait probablement pas attendue par le malade.

M. Tillaux. Je ne donne pas le conseil de toujours ponctionner la vessie, mais sur un malade indocile ou difficile, je la préférerais à la boutonnière périnéale.

L'urétrorraphie est meilleure que l'urétroplastie; mais si la substance manque, il faut recourir à celle-ci.

La sonde à demeure, même en caoutchouc rouge, peut être dangereuse. Le bout de la sonde se replie dans le canal et donne l'illusion de l'écoulement constant; j'aimerais mieux une autre sonde à demeure que celle en caoutchouc.

Quant à l'urine elle est loin d'être toujours saine.

Quant à savoir si un individu peut garder son urine pour la ponction, jai connaissance du cas d'un adulte qui retenait son urine et subit 25 ponctions, espérant ainsi voir se produire la fermeture d'une plaie de l'urètre. Je crois que cela pourrait être très pratique.

Sub-luxation des cinq métacarpiens sur le carpe, réduction après un mois, par M. le Dr Poulet, agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. Chauvel.

Les luxations métacarpiennes totales en avant sont tellement rares, que Malgaigne ne les mentionne pas. *Erichsen* (*The Science and art of Surgery*, 4e édit,, London 1864, p. 313) figure dans son livre un bel exemple de cette lésion, d'après son moule du musée d'University College. Le dessin est frappant; la main est entraînée en avant et les os du carpe forment à la face dorsale une énorme saillie, arrondie et convexe. Il suffit de comparer cette planche avec le dessin d'une luxation du poignet en avant pour constater qu'il ne s'agit pas de la même lésion. Dans le déplacement du carpe sur les os de l'avant-bras, l'extrémité inférieure de ces derniers fait à la face dorsale une saillie fortement concave en son milieu.

Rivington a publié en 1873 (*The Lancet*, I, p. 270) un fait de luxation compliquée de tous les métacarpiens de la main droite en avant; mais les désordres étaient tels qu'il fallut enlever immédiatement une partie des os déplacés. De plus, le chirurgien anglais ne donne aucune description de la forme des parties. Cette observation n'offre donc aucun intérêt pour le diagnostic de ces déplacements.

M. Poulet nous a montré, le 1er octobre, le moule en plâtre d'une main qui présentait, suivant lui, une luxation incomplète des cinq métacarpiens en avant, avec un léger arrachement de la partie antérieure des os du carpe et plaie des téguments. Le blessé, cavalier du train des équipages militaires, désarçonné par son cheval, avait été projeté, la main gauche étendue, sur l'angle saillant d'un trottoir. Pendant quinze jours la main et l'avant-bras sont maintenus dans un bain phéniqué pour conjurer les menaces de phlegmon partiel de la plaie; le gonflement, considérable, ne permit pas de déterminer exactement la lésion. Ce n'est qu'au bout d'un mois environ que l'exploration donna à M. Poulet des indications précises. Il peut ainsi s'assurer : 1° que les apophyses styloïdes du radius et du cubitus ont conservé leurs rapports normaux; 2° qu'il existe sur la face dorsale une saillie osseuse anormale, en grande partie formée par le grand os; 3° qu'au-dessous de cette saillie est une dépression qui va du trapèze à l'os crochu.

A la face palmaire on note : la projection en avant du talon de la main avec disparition du creux palmaire et saillie d'une masse osseuse profonde, mal délimitée. La tabatière anatomique n'existe plus, les espaces interdigitaux sont plus rapprochés (2 centimètres) des apophyses styloïdes du radius et du cubitus. La main n'est pas inclinée sur le bord radial. Ce qui frappe à l'examen comparatif des moules pris avant et après la réduction, c'est la saillie prononcée des os du carpe en arrière, l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur du poignet, le raccourcissement de la main avant l'intervention. Cependant en comparant le moule avec celui de Erichen, la déformation semble bien plus prononcée chez le blessé du chirurgien anglais. Il est donc probable qu'ici la luxation était incomplète.

Un mois après l'accident, M. Poulet tenta la réduction avec le secours de l'anesthésie; il l'obtient au moins en partie, et applique un appareil contentif. Les suites sont simples. Grâce à la gymnastique, aux douches, etc., les mouvements sont en partie revenus; il persista seulement un léger gonflement au niveau du carpe, surtout à la face palmaire. C'est ce relief qui porte à croire qu'en dehors de la luxation incomplète il y a eu des arrachements de ligaments et sans doute de quelques parcelles osseuses. En mesurant sur le moule fait après réduction les distances qui séparent les espaces interdigitaux des apophyses styloïdes, on constate qu'elles ont augmenté de 1 à 1 1/2 centimètre. La main n'a pas repris cependant sa forme normale. Il existe toujours une saillie dorsale arrondie, une dépression palmaire, et si la luxation est réduite, on peut douter qu'elle le soit complètement. Peut-être aussi, ce gonflement est-il dû à des indurations plastiques inflammatoires, à des

arrachements des ligaments comme le croit notre distingué confrère.

Je ne dirai rien du mécanisme de la lésion. Quel que soit le point où s'est porté l'effort de la chute, et dans le cas particulier l'existence d'une plaie montre que le talon de la main a subi le choc principal, il est difficile de préciser les conditions physiques du déplacement. L'observation de M. Poulet prouve que le diagnostic peut être rendu très difficile par le gonflement des parties, mais elle démontre aussi que la réduction peut être tentée après quelques semaines, avec des chances suffisantes de succès.

En résumé j'admets avec M. Poulet l'existence d'une luxation incomplète en avant des cinq métacarpiens sur les os du carpe, et je loue notre distingué confrère d'avoir tenté la réduction. Je vous propose, Messieurs : 1° de déposer son travail dans nos archives; 2° de le maintenir dans un rang des plus honorables sur la liste des candidats au titre de membre correspondant

De l'hydarthrose tuberculeuse, par M. le Dr Poulet, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Rapport par M. Chauvel.

Dans la note qu'a lue devant vous M. le Dr Poulet, il est question d'une forme de l'arthrite tuberculeuse, peu connue, bien qu'assez fréquente, paraît-il ; forme d'arthrite que les auteurs allemands nomment *Hydrops tuberculosus*, ce qui peut se traduire assez justement par l'expression *Hydarthrose tuberculeuse*.

C'est à l'autopsie d'un homme de 24 ans, mort de méningite tuberculeuse, que notre collègue a rencontré cette affection. Il ne paraît pas au reste, l'avoir absolument reconnue, pendant le séjour du malade dans son service. De cela, je suis loin de lui faire un crime. Bien que l'épanchement du genou succédât à une fièvre typhoïde et à une pleurésie, il ne présentait rien de suspect au début, et diminua rapidement tout d'abord, sous l'action seule du repos et de l'iode. Le gonflement était médiocre, ses mouvements conservés et peu douloureux ; il n'y avait pas d'atrophie du membre, à peine si la synoviale semblait un peu épaissie. Rien ne pouvait faire soupçonner la tuberculose, quand le malade dont l'état s'était fort amélioré sous l'influence de la compression, de l'immobilité, de la cautérisation ponctuée, fut emporté par une méningite aiguë.

La nécropsie (je laisse de côté les lésions viscérales et encéphaliques) fait constater à la surface de la synoviale du genou malade une éruption confluente de tubercules miliaires, de la grosseur d'une tête d'épingle, présentant un aspect opalin avec un point cen-

tral opaque. La capsule est un peu vascularisée, les cartilages et les os sont sains.

L'examen histologique, comme l'indique la figure ci-jointe, montre que la synoviale épaissie a perdu son épithélium et qu'elle est constituée par un tissu conjonctif lâche rempli d'éléments embryonnaires, d'autant plus nombreux, d'autant plus pressés, qu'on se rapproche davantage de la surface. Au-dessous, on rencontre des follicules tuberculeux, dispersés, et tous les degrés de développement. Rien de plus facile que de reconnaître leur origine vasculaire. En aucun point les follicules, par leur agglomération, ne constituent de véritables nodules.

Dans la capsule articulaire les lésions sont encore moins profondes. Tout au plus les vaisseaux sont-ils plus nombreux, et par places atteints d'entartérite végétante ou entourés de cellules embryonnaires.

Depuis longtemps déjà la tuberculisation articulaire est connue, et Cornil, Laveran, Brissaut, Lannelongue, Vollkmann, Kœnig, etc., ont rapporté des faits d'éruption miliaire des synoviales. Mais il s'agissait le plus souvent de tuberculisations aiguës et l'hydarthrose y est à peine mentionnée. D'après M. Poulet, Kœnig est le seul auteur qui, dans un travail récent (*Die Tuberculose der Knochen und Gelenke*, Berlin 1884) ait nettement et spécialement décrit l'hydrops tuberculosus. Je pense, qu'en cherchant bien et longtemps, on trouverait peut-être, dans la littérature médicale, des observations analogues. Mais ce serait se donner beaucoup de mal sans grande utilité. Si nombreux sont les travaux publiés depuis quelques années sur la tuberculose chirurgicale, si multipliées les recherches histologiques, que bien peu reste à faire aux observateurs futurs. Pour l'instant la chirurgie est envahie par le tubercule; follicule, nodule, bacille, sont à l'ordre du jour. Il y aura peut-être lieu, dans un avenir rapproché, de soumettre cette question à une étude approfondie et à une sévère critique, mais le moment serait mal choisi, et pour la faire, je n'ai pas la compétence nécessaire.

Bien que Kœnig admette déjà, au point de vue étiologique, quatre variétés d'hydarthrose tuberculeuse, M. le Dr Poulet ne trouve pas place, dans la classification du chirurgien allemand, pour la forme de tuberculose articulaire dont il nous apporte un exemple. Il ne s'agit ici ni d'une hydarthrose avec tuberculose synoviale diffuse et gonflement notable de la séreuse (1re forme), ni d'un épanchement avec tuberculose synoviale diffuse et prolifération fibreuse des éléments de la membrane (2e forme), ni d'une hydarthrose avec tuberculose synoviale nodulaire circonscrite (3e forme), ni enfin d'une hydarthrose avec tuberculose synoviale

fongueuse et granuleuse diffuse (4e forme). Il s'agit d'une hydarthrose avec tuberculose synoviale miliaire subaiguë, sans prolifération et sans gonflement notable de la synoviale. Ce serait, en définitive, une forme nouvelle, une cinquième variété de l'hydrops tuberculosus.

Je vous avoue, Messieurs, que je me perds un peu dans ces divisions et ces subdivisions par trop multipliées, et que je ne puis partager complètement l'avis de notre distingué collègue. Si je me reporte aux détails de l'observation, je constate qu'il y est nettement signalé que « la synoviale avait environ le triple de son épaisseur normale ». Ailleurs, je lis que cette membrane était infiltrée d'éléments embryonnaires. Plus loin encore, je relève que son épaisseur était de près d'un millimètre. Il me paraît donc difficile d'accepter comme caractères de cette variété nouvelle l'absence de prolifération et de gonflement notable de la synoviale.

Ce n'est pas une querelle de mots que je cherche à M. le Dr Poulet. Personne, plus que moi, n'apprécie le mérite de ses travaux délicats d'histologie, mais je trouve que les anatomo-pathologistes multiplient trop facilement aujourd'hui le nombre des espèces pathologiques. Avec un tel luxe de divisions et de subdivisions, le diagnostic devient impossible et la clinique s'égare. Qu'advient-il, en effet, de ces classifications ? M. le Dr Poulet reconnaît lui-même que les symptômes présentés par son malade, abstraction faite du gonflement synovial et capsulaire (et nous avons signalé plus haut ses contradictions sur ce point d'observation) correspondent exactement à ceux décrits par Kœnig : intermittence de l'épanchement, début insidieux, conservation partielle des mouvements, peu d'acuité des douleurs, coïncidant avec l'intégrité des os et des ligaments.

Aussi le diagnostic présente-t-il beaucoup de difficultés. En dehors de la coexistence d'une tuberculisation pulmonaire ou viscérale, qui autorise à soupçonner une arthrite tuberculeuse, les signes précédents ne nous paraissent aucunement démonstratifs. Qui d'entre nous n'a vu de ces hydarthroses subaiguës, véritablement intermittentes, s'accompagnant à peine d'une gêne légère des mouvements, durant des mois et des années, rapidement améliorées, mais aussi vite reproduites, chez des sujets robustes, plus ou moins rhumatisants. Pour moi, j'en ai nombre d'exemples présents à la mémoire chez des hommes qui se portent à merveille et ne semblent aucunement disposés à se tuberculiser. Ce n'est que la marche de l'affection qui nous renseigne sur la nature.

M. Poulet nous en rapporte lui-même un exemple frappant. Chez ce second malade, l'hydarthrose succédait à des marches répétées ; l'épanchement était énorme, le triceps crural atrophié. Dès le

dixième jour, il fallut, en raison des douleurs, ponctionner le cul-de-sac sous-tricipital distendu par un liquide verdâtre, trouble, floconneux, contenant de nombreux leucocytes, des cellules épithéliales et des coagulums fibrineux. Actuellement, l'hydarthrose est devenue une tumeur blanche non douteuse ; il s'agissait donc d'une tuberculisation articulaire. S'appuyant sur la présence des leucocytes dans le liquide, sur la reproduction rapide de l'épanchement, l'atrophie du triceps, l'absence de fièvre, M. Poulet nous dit qu'il avait, dès l'abord, soupçonné la nature tuberculeuse de l'affection. Le fait n'est pas douteux, puisque, pour résoudre la question, une certaine quantité du liquide extrait de l'article fut immédiatement injectée dans le péritoine d'un cobaye. L'animal n'a pas encore été sacrifié, mais ses ganglions inguinaux paraissent déjà gonflés.

Si cependant nous demandions à M. Poulet de tracer un tableau comparatif des symptômes de l'hydarthrose tuberculeuse dans les deux faits que je viens de résumer, force lui serait, je crois, d'avouer que dans les deux cas, les signes se sont montrés différents, je pourrais dire presque opposés. Dans le premier peu de liquide, pas d'atrophie musculaire, pas de douleurs ; dans le second épanchement énorme, atrophie rapide, tension douloureuse de la synoviale. Je n'insiste pas davantage, je répète seulement une fois encore, que la marche de l'affection permet seule d'affirmer à un certain moment, la nature tuberculeuse de l'arthrite. Pour ce qui est de l'inoculation, je n'en vois guère l'utilité pratique ; il faut beaucoup trop de temps pour en juger les résultats.

Vient enfin la question du traitement. Kœnig, nous dit M. Poulet, ouvre le genou et résèque les parties de synoviale qu'il peut atteindre ; il a obtenu de très beaux succès. Je ne veux mettre en doute, ni les diagnostics du chirurgien allemand, ni les résultats de la thérapeutique ; mais je ne me sens aucunement disposé à le suivre dans cette voie. Avec M. Poulet je me demande à quoi peut servir l'excision de lambeaux de la synoviale, quand cette résection n'est forcément qu'incomplète. Enlever toute la séreuse serait logique, mais la chose est matériellement impossiblo. Laisser une partie de la synoviale tuberculisée, c'est s'exposer à des récidives, c'est faire courir aux malades d'inutiles dangers.

Notre collègue, si les autres moyens de traitement sont insuffisants, serait disposé à recourir aux injections phéniquées à 3 ou 5 0/0, susceptibles d'agir sur toute la surface synoviale. Une solution iodoformée donnerait peut-être de meilleurs résultats. Je n'ai jamais employé ces injections, je ne puis apprécier leur valeur. En tout cas, je ne serais porté à les utiliser qu'après l'échec du traitement ordinairo ; qu'après l'insuccès de la compression élas-

tique, de l'immobilisation, des révulsifs ; qu'après l'emploi de tous les moyens thérapeutiques qui donnent si souvent de complètes guérisons.

M. Poulet pense que Kœnig a plusieurs fois opéré des arthrites rhumatismales ou déformantes avec hydarthrose et corps étrangers. Ainsi s'expliquent pour lui, les succès de l'excision partielle de la synoviale. Nous avons vu que la seconde forme d'hydrops tuberculosus de l'auteur allemand était caractérisée par une tuberculose synoviale diffuse avec prolifération fibreuse des éléments de la synoviale (corps fibreux, houppes, polypes arborescents). Or cette variété paraît à notre collègue du Val-de-Grâce, fort sujette à contestation. Aucun auteur ne signale l'existence de tubercules dans ces formes d'arthrite déformante, et ses recherches personnelles ne lui permettent pas d'admettre l'interprétation de Kœnig. Au moins, dans ces cas douteux, eût-il fallu rechercher les bacilles dans les parties réséquées ou pratiquer des inoculations. Rien de cela n'a été fait et les examens microscopiques ne sont pas plus probants. Cette variété d'hydarthrose tuberculeuse doit donc être rejetée.

J'ai cherché à résumer dans ses parties importantes la note intéressante de M. le Dr Poulet.

Notre confrère, vous le voyez, poursuit avec une louable persévérance ses recherches sur les affections des os et des articulations. J'ai donné place dans mon rapport à tout ce que renferme d'original le dernier mémoire ; je vous propose donc :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans nos Archives ;

2° D'inscrire M. le Dr Poulet sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, dans le rang auquel lui donnent droit ses nombreuses et méritantes communications.

Discussion.

M. Tillaux. Je m'associe aux réserves du rapporteur, relativement aux ponctions et excisions de synoviales.

Communication.

Cancer de la glande thyroïde; extirpation complète de l'organe; absence de récidive 15 mois après l'opération, par M. Marchand.

Le cancer du corps thyroïde est connu depuis assez longtemps

déjà dans ses principaux traits. Les travaux des chirurgiens qui habitent les régions où le goitre est fréquent, ont surtout étudié cette affection, qui doit beaucoup aux observations de Lebert, Lücke, Rose, Billroth, etc.

Malgré l'importance des documents qu'ils nous ont fournis le sujet n'est point complètement épuisé, puisque de temps à autre des observations viennent modifier ou compléter les résultats obtenus. Celles-ci sont rares du reste, et si dans les pays à goitre elles sont déjà peu communes, à Paris où les hypertrophies thyroïdiennes nées sur place sont très peu fréquentes, elles deviennent une rareté véritable.

Ces motifs m'engagent à vous communiquer l'observation d'un cancer thyroïdien, né à Paris, que j'ai observé, suivi et opéré.

Du reste, l'occasion m'en est tout naturellement offerte par une discussion récente, dans laquelle quelques points de l'histoire des tumeurs malignes du corps thyroïde ont été remis en question.

Enfin, je puis ajouter que plusieurs particularités qui intéressent vivement ce sujet ont été présentées par mon malade qui a guéri de la thyroïdectomie et qui actuellement encore (près de 16 mois depuis l'opération) est en excellent état.

Mme B..., 32 ans, est née à Paris. Forte, grande, bien constituée, elle a toujours joui d'une bonne santé. Son père a succombé, il y a longtemps déjà, à une affection indéterminée. Sa mère, âgée de 59 ans, est vivante et bien portante. Elle est mariée depuis 12 ans, a toujours été bien réglée et est mère de 3 enfants ; son dernier accouchement remonte à 5 ans.

Cette malade vint me consulter au commencement du mois d'août 1883, au sujet d'une affection du cou, qui, depuis quelque temps, lui causait de vives inquiétudes.

Elle a toujours eu, dit-elle, le cou un peu fort ; mais, depuis 18 mois, une vraie tumeur s'est développée lentement à la partie antérieure du cou et dans la région qui répond exactement au corps thyroïde.

L'accroissement de cette tumeur s'est faite progressivement et lentement sans causer aucune douleur, ni locale, ni à distance, qui qui ait éveillé l'attention.

Elle ne tarda pas à susciter des accidents de compression des voix aériennes qui ne firent que causer une gêne médiocre d'abord, mais s'accentuèrent bientôt. C'était, au début, un sentiment d'oppression qui se manifestait à la suite d'exercices augmentant le nombre et l'amplitude des mouvements respiratoires (l'action de marcher vite, de monter rapidement un escalier). Puis, ces phénomènes dyspnéiques s'accompagnèrent d'un cornage, qui, disparaissant lorque la respiration reprenait son rhythme normal, devint

plus tard permanent. Plusieurs médecins furent consultés et aucun n'hésita à rapporter ces accidents à la compression que causait la thyroïde hypertrophiée. Divers traitements dont la base était toujours l'iode (éponge calcinée, diverses préparations iodurées), avaient été mis en usage sans procurer une amélioration sensible. Bien au contraire, la tumeur s'accroissant, la sténose des voies respiratoires augmente au point que le cornage devient permanent.

Un mois environ avant l'époque à laquelle la malade me fut adressée, de nouveaux accidents, d'un caractère très grave, s'étaient montrés. La malade avait eu, sans cause occasionnelle bien nette, deux accès de suffocation, dont l'un avait été assez prolongé pour lui faire perdre connaissance. Je constatai, à mon premier examen, dans la région thyroïdienne du cou, l'existence d'une tumeur du volume d'un gros œuf de poule se prolongeant de chaque côté vers les parties latérales et saillant un peu plus du côté droit. En haut, la tumeur était terminée par une ligne assez nette s'arrêtant à peu de distance de la saillie du cartilage thyroïde. Les limites en bas étaient moins nettes ; on sentait au-dessus de la fourchette sternale un épaississement qui me fit d'abord croire à l'existence d'un prolongement rétro-sternal. Cette supposition était d'autant plus admissible (malgré le peu de netteté des sensations fournies par l'exploration) qu'à la suite de deux examens dans lesquels j'avais cherché à soulever fortement la tumour en l'accrochant avec les doigts, la malade avait éprouvé un soulagement qui une fois dura plusieurs jours. La tumeur était du reste immobile, adhérente à la trachée dont elle suivait les mouvements pendant la déglutition. Sa surface était très lisse, sans aucune saillie ni bosselure. Sa consistance était partout ferme, résistante, donnant au doigt la sensation d'un tissu dur, comme ligneux. Les pressions exercées à son niveau n'étaient point douloureuses du reste, mais elles augmentaient la dyspnée en donnant un sentiment de constriction fort visible. Cette sensation était tellement marquée que je dus à maintes fois suspendre mes manœuvres d'exploration, très modérées assurément. Sur les côtés elle s'enfonçait sous les sterno-mastoïdiens, dans la profondeur du cou, où elle devenait difficilement accessible.

Malgré le cornage qui était devenu constant lorsque je vis la malade, la voix n'avait pas subi aucune altération. *Il n'existait du reste d'autres phénomènes décelant une compression des organes voisins, que ceux que je viens de signaler.*

Je demandai à suivre la malade quelque temps avant de prendre une détermination qui me semblait particulièrement sérieuse dans l'espèce.

Les deux accès de suffocation, la gêne croissante de la respi-

ration, les instances de la malade qui avait le sentiment de la gravité de son état, m'invitaient à prendre une décision radicale. D'autre part, le volume relativement exigu de la tumeur, sa dureté, ses adhérences profondes, jettaient une certaine incertitude sur le diagnostic et de là sur la façon dont il convenait d'intervenir. Les accidents de sténose trachéale étaient bien le fait de la tumeur, mais les autres caractères présentés par elle ne laissaient pas que de jeter quelque obscurité sur sa nature et ses connexions anatomiques exactes.

Un nouvel accès grave de suffocation leva tous mes doutes sur la nécessité d'une intervention opératoire, et je me décidai à pratiquer la *thyroïdectomie*, malgré le pressentiment que j'avais des difficultés que devrait rencontrer l'acte opératoire.

Le 18 août 1883, assisté de mes collègues, MM. Ch. Monod et Henriet, je procédai à l'opération. Je fis sur la ligne médiane du cou l'incision conseillée par Reverdin, dépassant largement le néoplasme en haut, et la fourchette sternale en bas. (La malade avait été anesthésiée par le Dr Fournoise, son médecin ordinaire.) Cette incision divisa un certain nombre de veines anormalement développées. Elle mit à nu la jugulaire antérieure qui put être réclinée du côté gauche et fut ainsi ménagée.

Arrivé sur la tumeur, je trouvai une surface d'un rose grisâtre, parcourue par des vaisseaux assez volumineux, mais dont l'aspect différait notablement de celui du corps thyroïde hypertrophié. D'autre part, au lieu de venir faire saillir entre les lèvres de la plaie cervicale, comme cela est fréquemment le cas dans les thyroïdectomies pratiquées pour des goitres hypertrophiques, lorsque la sangle musculaire sous-hyoïdienne qui les comprime est divisée, ma tumeur restait profondément située, mal découverte malgré la longueur de l'incision et la situation dans une assez forte extension du cou de la malade.

Je procédai à l'isolement de cette face antérieure, au moyen du doigt et de la sonde cannelée, avec de grands ménagements. De nombreuses pinces furent appliquées sur les vaisseaux qui rampaient dans les tissus que je décollais et qui presque tous étaient des veines.

Je reconnus rapidement que l'incision verticale serait insuffisante, non point assurément en raison du volume de la tumeur, mais de sa situation profonde et de sa fixité. Je fis partir de l'extrémité inférieure de la première incision une autre transversalement dirigée à droite, qui longeant la base du cou divisa la peau, les muscles et préthyroïdiens, et entama légèrement le chef sternal des sterno-mastoïdiens.

Cette incision créait une sorte de lambeau triangulaire qui fut

fortement écarté. La tumeur mieux découverte, je procédai immédiatement à la recherche des thyroïdiennes supérieures. J'eus beaucoup de peine, en raison de la résistance de la tumeur, de sa raideur en quelque sorte, à trouver et à isoler les deux pédicules vasculaires supérieurs. J'y parvins cependant et je pus les couper entre deux ligatures. L'isolement des vaisseaux n'avait pu être complètement exécuté, et mes deux ligatures, outre les vaisseaux thyroïdiens, comprenaient une certaine quantité de tissu conjonctif. Maître de la circulation supérieure, j'exerçai sur la tumeur des tractions ménagées, qui tendirent ses adhérences trachéales. Celles-ci, très serrées, furent détruites lentement avec la sonde cannelée et les ciseaux. De très nombreuses pinces durent être placées sur des vaisseaux qui parcouraient ces adhérences.

Peu à peu, la tumeur céda, et je pus la renverser complètement.

Dans ce temps de l'opération, j'avais eu à détruire, non seulement des adhérences péri-trachéales, mais encore celles des bords de la tumeur, constituées par un tissu conjonctif épaissi, très riche en vaisseaux également.

Toute l'enveloppe cellulo-aponévrotique de la thyroïde avait subi un épaississement notable, et je dus plutôt disséquer par petits coups, m'aidant tantôt du bistouri, tantôt des ciseaux, tantôt de la spatule, que décoller véritablement.

La tumeur complètement renversée, je m'aperçus qu'il n'y avait point de prolongement rétro-sternal, mais que son bord inférieur, se continuait avec un tissu cellulaire dense, comme fasciculé, dans l'épaisseur duquel se trouvaient les veines du plexus thyroïdien, et les artères thyroïdiennes inférieures.

Ce tissu était tellement dense, qu'il eût été vraiment d'une difficulté presque insurmontable d'isoler les vaisseaux qu'il entourait. Je pris donc le parti, pour abréger l'opération qui durait depuis longtemps déjà, de le diviser, au moyen de la sonde cannelée, des trois pédicules que je liai séparément. L'opération fut terminée par leur division successive. Aucune parcelle du tisus de la tumeur n'avait été comprise dans ces pédicules, qui ne contenaient bien que du tissu conjonctif épaissi et des vaisseaux. Il resta une vaste cavité au fond de laquelle se voyait le larynx, la trachée qui avait conservé sa forme, et dont les anneaux, contre mon attente ne présentaient aucun degré de ramollissement ; de chaque côté, la gaîne des vaisseaux carotidiens. De nombreuses ligatures au catgut furent appliquées (une quarantaine environ) sur les petits vaisseaux; les cinq gros pédicules vasculaires avaient été étreints avec de la soie phéniquée assez forte.

En résumé, la malade ne perdit que peu de sang, grâce à l'emploi de nombreuses pinces et de la précaution que j'avais eue de

ne diviser les adhérences suspectes, qu'après les avoir comprises entre deux ligatures.

D'autre part, pendant tout le cours de l'opération, elle n'avait présenté aucun de ces phénomènes de suffocation si redoutables et qui obligent à pratiquer la trachéotomie. C'est certainement à la conservation en bon état des cerceaux cartilagineux qu'il faut attribuer cette circonstance heureuse.

La plaie, après que l'hémostase fut parfaitement assurée, fut lavée avec la solution phéniquée forte, les incisions furent réunies par des sutures au fil d'argent, et un gros drain rouge placé dans l'angle inférieur. Le pansement de Lister fut appliqué dans toute sa rigueur, et un nombre suffisant d'éponges bien aseptiques furent placées en dehors du makintosh, pour exercer une compression aussi forte qu'elle pouvait être supportée. La malade se releva peu à peu du choc opératoire, et, à part une dysphagie très douloureuse, elle ne présenta aucun des phénomènes fâcheux qui, parfois, signalent les suites de la thyroïdectomie.

La plaie marcha très régulièrement ; au bout de trois semaines, la réparation était assez complète pour que la malade pût reprendre ses occupations. Une seule particularité désagréable plutôt que grave est à signaler. Les fils de soie phéniquée qui étreignaient les pédicules vasculaires, ne se détachèrent que lentement et difficilement. Deux d'entre eux, notamment, entretenaient encore des trajets fistuleux huit semaines après l'opération. La traction élastique appliquée pendant près de quinze jours parvint seule à les faire tomber.

Le sifflement trachéal avait disparu immédiatement après l'opération ; et la malade sitôt revenue à elle put manifester la joie qu'elle éprouvait en se sentant délivrée de la gêne qui l'oppressait depuis de longs mois. La dysphagie disparut au bout de huit ou dix jours ; mais elle causa des douleurs fort pénibles et une gêne très notable de l'alimentation les premiers jours qui suivirent l'opération.

J'ai revu la malade le 23 novembre dernier, c'est-à-dire plus de quinze mois après sa guérison. Sa santé est restée parfaite depuis lors ; la cicatrice verticale s'est élargie et déformée. Elle constitue une sorte de cordon légèrement saillant à la face antérieure du cou. A part cette légère difformité, la région n'a rien d'anormal, et l'exploration la plus minutieuse ne permet pas de sentir profondément la moindre trace d'une repullulation locale du mal.

La tumeur, après son ablation, avait bien la forme du corps thyroïde dont l'isthme et le lobe droit auraient été notablement hypertrophiés. Elle avait 9 centimètres dans son plus grand diamètre vertical et 8 environ dans son plus grand sens transversal. On sentait distinctement qu'elle était constituée par deux tissus de

consistance bien différente. Le plus superficiel était rose grisâtre, mou comme le tissu sain de la thyroïde. Au-dessous d'une couche mince de ce tissu, et formant la presque totalité de la tumeur, on sentait une partie résistante, ligneuse, de forme ovoïde.

En divisant le néoplasme par une coupe verticale, le séparant en deux moitiés symétriques, on reconnaissait qu'en effet le centre était constitué par un tissu blanc jaunâtre, friable, quoique dur, fournissant un suc abondant par le raclage. A la partie supérieure de cette partie, il existait un point ramolli, infiltré de sang, véritable infarctus de formation manifestement récente.

La coque périphérique qui se confondait avec le tissu pathologique, à part sa coloration un peu moins foncée, avait tout à fait l'apparence granuleuse du tissu thyroïdien normal.

J'insiste à dessein sur cette particularité structurale qui, pour moi, a une très haute importance, que le tissu d'apparence carcinomateuse était partout entourée par la substance thyroïdienne, légèrement pâlie, anémiée ; c'est tout au moins à cette seule cause que j'attribuai la différence de coloration qu'elle présentait avec la substance glandulaire normale. L'examen histologique, pratiqué par M. Malassez, a justifié entièrement la prévision que faisait naître l'aspect macroscopique.

L'enveloppe était bien du tissu thyroïdien et le noyau central du cancer, avec quelques particularités de texture que cet habile histologiste se réserve de signaler ultérieurement, et qui sont le résultat de la structure propre au tissu dans lequel s'est développé primitivement le néoplasme.

Notre observation, on le voit, concorde sur un certain nombre de points avec les descriptions données par Lücke et Roe ; mais elle en diffère par d'autres côtés.

Notons d'abord l'âge peu avancé de la malade, et la lenteur relative du développement de la tumeur. De plus, il n'existait pas de goitre dans le sens propre du mot, à moins qu'on ne veuille considérerer comme tel le léger épaississement du cou signalé par la malade, mais qui avait toujours existé et pouvait tenir à un développement un peu exagéré de la glande thyroïde sans altération de son tissu.

Ce point est à noter, puisque quelques auteurs des plus recommandables (Lücke, Lebert, Förster) pensent que le cancer est toujours précédé par une altération de la glande thyroïde. Wölfler l'aurait toujours vu se développer au-dessous d'adénomes préexistants. Je concède du reste que l'examen clinique ne peut donner des renseignements très précis sur ce point qui du reste n'a qu'une valeur purement histogénique.

Il n'en est pas de même de la rapidité du développement qui

serait telle d'après Rose que l'accroissement de la circonférence du cou serait appréciable d'une semaine à l'autre. Chez notre malade, au contraire, la tumeur ne s'est accrue que lentement puisqu'elle a mis dix-huit mois à atteindre le volume d'un œuf. Il n'existait non plus aucun ganglion, alors que dans certaines observations on a noté un développement tel de ceux-ci, qu'ils constituaient des tumeurs dont le volume égalait ou dépassait celui de la thyroïde altérée. (Observations de Billroth, Trélat.)

Les accidents de sténose laryngo-trachéale sont survenues rapidement, ce qu'il faut attribuer à la dureté du tissu morbide. On ne peut guère, d'autre part, expliquer les accès de suffocation par une compression exercée sur les récurrents puisque la voix n'a jamais présenté aucune altération.

La déglutition non plus n'a pas été gênée, bien que Rose ait noté que les premiers troubles dus à la compression des organes se passent du côté de l'œsophage. Parfois on aurait observé même de la dysphagie complète.

Il pense que les différences cliniques tiennent beaucoup aux variétés anatomiques du tissu carcinomateux. Les carcinomes ne doivent point être confondus, comme divers auteurs l'ont fait, avec le cancer thyroïdien; les tumeurs ont une valeur chirurgicale différente malgré le traité commun qu'elles ont souvent.

Wölfler a trouvé trois variétés anatomiques du cancer thyroïdien : 1° le carcinome alvéolaire; 2° le cancer à épithélium cylindrique ; 3° le cancer à épithélium plat. Il établit même pour la première classe plusieurs variétés en admettant un carcinome alvéolaire simple, fibreux, myxomateux, télangiectasique ; à chacune de ces classes et variétés se rattachent des propriétés évolutives qui doivent modifier singulièrement leur physionomie clinique.

Malheureusement, il serait actuellement impossible de tracer un tableau symptomatologique qui répondît à chacune d'elles, et à ce point de vue purement pratique il peut suffire de distinguer, comme l'a fait Lücke, les cancers en ceux à marche relativement lente et à évolution rapide.

Ce sont précisément ces derniers que Rose a surtout observés et dont il s'est servi pour la réduction du travail auquel j'ai fait allusion, sans tenir un compte suffisant des formes dures à développement lent, ou relativement lent.

Une particularité qui me semble digne de remarque, est l'épaississement remarquable des couches conjonctives qui entourent la tumeur que j'ai extirpée. Le tissu cancéreux était isolé de toutes parts par une couche mince, il est vrai, de tissu sain et malgré cela les couches cellulaires cervicales profondes s'étaient épaissies à tel

point que ce sont elles qui ont causé les principales difficultés qui se sont présentées pendant l'opération.

Ce sont ces difficultés qui rendent particulièrement grave la thyroïdectomie pratiquée pour le cancer thyroïdien et qu'ont notée tous les auteurs qui l'ont pratiquée.

Sans vouloir tirer des conséquences que ne comporte pas l'importance de la précédente étude, je crois pouvoir conclure du fait que j'ai relaté qu'il existe une variété du cancer de la thyroïde, peu fréquente je l'avoue, mais dont le diagnostic hâtif aurait un grand intérêt, puisqu'il est justiciable du seul traitement du cancer qui offre quelque efficacité.

L'extirpation est dans ce cas la seule méthode à laquelle on puisse recourir. En effet, les opérations incomplètes sont suivies d'un résultat bien peu favorable, ainsi que le fait remarquer Rose, puisque sur douze cancers thyroïdiens cités par cet auteur dans lesquels un traitement chirurgical fut institué, réduit le plus souvent à une simple ponction exploratrice, la survie ne fut que de six mois en moyenne, tandis qu'elle fut de huit mois lorsque l'affection fut livrée à elle-même.

Ma malade, 15 mois après son opération, est encore en excellent état de santé : un malade opéré par Billeroth le 19 décembre 1878, ne succomba que le 23 février 1880 à une seconde opération entreprise pour la débarrasser d'une récidive ganglionnaire.

Une jeune femme, 23 ans, opérée le 7 juillet 1881, était sans récidive aucune deux ans après en juillet 1883. Enfin, un homme de 48 ans subit également l'extirpation d'un volumineux cancer thyroïdien par le même chirurgien au mois de juillet 1878.

Il resta guéri jusqu'en 1880. Au mois de juillet de cette année, il dut lui extirper une tumeur de récidive, mais qui dut rester incomplète. Le malade succomba enfin en 1882, le 20 mars, des suites de son affection cancéreuse, deux ans donc après la première opération.

Nomination de commission de prix.

Prix Laborie. — Sont nommés : MM. Le Dentu, Delens, Chauvel, Marchand, Terrillon.

Prix Duval. — MM. Marjolin, Nicaise, Berger, Bouilly, Pozzi.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,

CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 17 décembre 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

Le *Bulletin de l'Académie de médecine*

Rapport.

Rapport par M. Terrier *sur une observation de récidive d'une tumeur fibro-kystique. Deuxième ovariotomie. Guérison.*

M. le Dr Villeneuve (de Marseille), nous a adressé une observation des plus curieuses ou pour mieux dire la suite d'une observation des plus curieuses déjà analysée dans vos bulletins (p.201, 1883).

Dans cette première observation, M. Villeneuve relate l'ablation d'une tumeur qu'il désigne sous le nom de *tumeur kystique* de l'utérus. Pour nous, il s'agissait d'un kyste cliniquement uniloculaire de l'ovaire, ayant dédoublé les lames du ligament large gauche, d'où le pédicule adhérent au bord gauche utérin. Quant aux tumeurs péri-utérines non enlevées, nous pensâmes à des fibromes, plutôt qu'à des tumeurs malignes. Enfin, deux ans après l'opération première, M. Villeneuve constata dans le bassin, l'existence d'une tumeur fluctuante, remplissant les culs-de-sac antérieur et droit, tumeur qu'on pouvait rapporter à l'ovaire, de ce côté devenu kystique.

Telles étaient les conclusions de notre premier rapport; nous verrons si elles peuvent ou doivent être modifiées, en tenant compte des accidents ultérieurement développés chez la malade de M. Villeneuve, accidents qui ont nécessité une nouvelle opération.

Ch. D..., opérée une première fois le 20 septembre 1879 et relativement guérie, après avoir supporté une série d'accidents fort graves, présentait en 1881, avons-nous dit, une nouvelle formation fluctuante appréciable dans le cul-de-sac latéral droit.

Longtemps stationnaire, cette tumeur se mit à grossir rapidement en mars 1883, et au mois de mai suivant la malade alla retrouver M. le Dr Villeneuve.

Voici quel était son état : amaigrissement, troubles gastriques, vomissements répétés. Le ventre, développé dans la région hypogastrique, retombe sur les cuisses, et offre 116 centimètres de circonférence. Cette tuméfaction est due à une néoformation, dure, mate à la percussion et assez mobile. A droite existe une poche fluctuante qui, ponctionnée, donna issue à 200 grammes de liquide citrin.

Par le toucher, on constate que le col est intimement lié à la tumeur et que l'utérus est tellement entraîné en avant et en haut qu'il est impossible d'atteindre les culs-de-sac.

En présence de cette récidive de la tumeur, M. Villeneuve proposa une nouvelle opération qui fut acceptée.

Adoptant ma manière de voir, à propos de son diagnostic primitif, M. Villeneuve crut alors avoir affaire à un kyste de l'ovaire droit, avec fibromes utérins; il avait tout à fait éliminé la possibilité de tumeurs malignes utérines.

L'opération fut faite le 17 mai 1883, au Roucas-Blanc et en face de la mer ; elle fut pénible et dura 2 heures 1/4. (La première avait déjà duré 3 heures 20 minutes.)

L'incision faite sur l'ancienne cicatrice permit d'arriver sur la tumeur, recouverte par l'épiploon adhérent légèrement, qu'on décolle et écarte du champ opératoire.

Une ponction donna 1 litre de sérosité rouge ; puis par l'ouverture de cette ponction, on pénètre avec la main « dans un tissu « aréolaire, fibrineux, lâche, baigné de liquide et qu'il est facile « de retirer par lambeaux. A chaque fois, dit l'auteur, que je retire « la main qui, introduite dans la poche vient de rompre une nou- « velle série de ces cloisons, un flot de liquide s'échappe. » On peut ainsi recueillir 10 litres de liquide. La poche, vidée peu à peu, on constate que son fond adhère au plancher pelvien ; ses parois sont bourrées de masses dures, ovoïdes, dont l'une située derrière le pubis fut prise pour l'utérus, mais à tort, car celui-ci paraît situé plus profondément dans le petit bassin ?

Le chirurgien fend alors à droite et à gauche les parois épaisses de la poche kystique, et fait ainsi deux lambeaux, un antéro-inférieur, l'autre postéro-supérieur.

Le premier de ces lambeaux est divisé en deux sur la ligne mé-

diane. La partie droite, mince, est saisie et ligaturée entre deux broches avec du fil de fer; la partie gauche, plus épaisse, est sectionnée aussi bas que possible et abandonné dans le ventre.

Le second lambeau est divisé aussi en trois parties : une gauche, formée des lobes de la paroi est froncée et liée avec de la soie phéniquée; les deux autres, médiane et droite, sont liées entre des broches avec du fil de fer.

On obtient ainsi cinq pédicules, dont quatre ont pu être saisis et amenés au dehors. « Leur réunion forme une surface large « comme les deux mains, circonscrivant une gouttière qui conduit « dans la profondeur du bassin. » Cette surface, ayant l'aspect du fibrome uterin sectionné, saigne et doit être badigeonnée avec du perchlorure de fer. Quant aux parties excisées, elles forment une masse d'environ 5 kilos et sont constituées par du myo-fibrome. Malheureusement l'auteur ne nous dit rien des connexions exactes des masses polykystiques avec cette tumeur ou ces tumeurs fibromusculaires. Autant qu'on peut en juger par la description de l'opération, la masse polykystique était entourée par une lame résistante d'aspect utérin et offrant en bas, surtout du côté du bassin, des masses dures fibreuses, analogues à des myomes, masses au milieu desquelles il fut impossible de reconnaître nettement l'utérus, mais qui, en fait, étaient péri-utérines; c'est là un point important à se rappeler, car il avait été déjà noté, lors de la première opération (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, p. 203, 1883). Ce fut même l'existence de ces tumeurs adhérentes à l'utérus qui portèrent l'auteur à tenter alors l'hystérectomie, projet qu'il dut abandonner à cause des difficultés qu'il rencontra. En fait, lors de la première opération, il laissa dans le ventre l'utérus et les nombreuses tumeurs qui l'entouraient, et ce sont ces tumeurs plus ou moins développées que M. Villeneuve retrouve dans sa seconde opération. Seulement ici, elles offrent des connexions avec les néoformations kystiques sur la nature desquelles nous reviendrons un peu plus loin, à propos du diagnostic probable de ce fait curieux.

Le pédicule était assez volumineux pour qu'il remplît presque à lui seul l'incision faite à l'abdomen ; aussi pour fermer le ventre, M. Villeneuve ne fit que trois points de suture, dont un seul profond.

Un drain fut placé au-dessus du pédicule, un autre au centre de celui-ci, c'est-à-dire au milieu des quatre pédicules secondaires. Pansement de Lister.

Voyons quelles furent les suites de cette grave opération :

Les premier et deuxième jour se passèrent assez bien; le troisième jour, le pédicule laisse écouler un liquide sanieux abondant et odorant. On enlève les fils de fer et les broches; une des tumeurs

formant le pédicule se détache. Deux pansements phéniqués sont faits tous les jours. Le lendemain, on lave avec du chlorure de zinc au 12e, et deux masses fibreuses se détachent encore.

Au cinquième jour on enlève les trois points de suture. L'état général est peu brillant, langue sale, abattement considérable.

A partir du sixième jour, la malade alla de mieux en mieux, et on put même la lever le neuvième jour, pour faire son lit.

Le 12 juin, c'est-à-dire presque un mois après l'opération, un petit abcès se fait sur la lèvre gauche de la plaie abdominale. Il s'ouvre le 15 et se guérit assez vite.

Le 5 juillet, la plaie n'était pas encore cicatrisée ; l'état général est très bon, et la malade se promène plusieurs heures par jour.

A droite de la cicatrice, existe une large éventration, donnant issue aux viscères abdominaux et formant une tumeur réductible, du volume des deux poings.

Le vagin est toujours allongé, le col est petit et mobile autant que l'on peut en juger, l'utérus n'est pas fixé par des adhérences.

Cette dernière remarque, par laquelle M. Villeneuve termine son observation, est des plus importantes, en ce sens qu'elle vient à l'appui de notre manière de juger la nature de cette tumeur.

Si dans la première opération le chirurgien de Marseille s'est trouvé en présence d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, dans cette seconde opération, il dut pratiquer l'ablation d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, kyste dont le développement avait été signalé deux ans après la première opération. Mais ces productions kystiques adhéraient intimement aux néo-formations péri-utérines, dont l'existence avait été notée dans la première opération. De plus, ces néoformations fibreuses avaient très certainement augmenté de volume, ce que malheureusement l'auteur ne note pas d'une façon explicite. Toujours est-il, c'est qu'en présence de ces adhérences, et ayant vidé les nombreuses loges kystiques, à l'aide de la main, déchirant les parois de ces loges, M. Villeneuve s'est efforcé de pédiculiser tant bien que mal cette coque fibro-kystique, et de l'amener au dohors en la laissant ouverte.

Le résultat fut excellent : les parois fibro-kystiques s'éliminèrent en partie, et la poche se combla peu à peu par bourgeonnement.

La malade guérit, avec une éventration il est vrai, mais il faut se rappeler qu'elle a subi, à quelques années de distance, deux grandes opérations qui ont mis sa vie en grand danger.

En résumé, Messieurs, je vous propose de déposer le travail de M. Villeneuve aux archives, et de lui adresser des remerciements.

Discussion.

M. Terrillon. S'agit-il dans le cas de M. Villeneuve d'une récidive ovarienne ou d'une récidive dans l'autre ovaire.

M. Terrier. Dans ce cas ce n'est ni une récidive ovarienne ni une seconde évolution, mais un cas très complexe.

M. Gillette. Dans l'opération de M. Villeneuve il est resté de la tumeur fibreuse. Je crois qu'il eut raison de ne pas insister et de l'abandonner.

En 1877 j'ai opéré une malade à l'hôpital temporaire. J'enlevai le kyste de l'ovaire. Derrière il y avait une tumeur adhérente. Je cherchai à l'enlever. La tumeur saignait énormément. Je me dédécidai à l'abandonner et à faire la suture de la paroi. Le ventre fut refermé, la malade guérit. Elle eut un phlegmon de la paroi abdominale et elle rendit du pus fétide. La malade finit par se remettre complètement. Elle n'a pas eu de récidive. C'était pourtant un cystosarcome incomplètement opéré.

Je crois donc qu'il est sage de ne pas aller plus loin et de ne pas exagérer les efforts dans les opérations.

M. Terrier. M. Gillette me paraît traiter une question autre que celle que j'ai abordée. Si M. Villeneuve a laissé de la tumeur, c'est parce qu'il n'a pu faire autrement. Mais c'étaient des tumeurs fibreuses; dans le cas de M. Gillette, c'était des cystosarcomes.

Il y a, en effet, pour ces dernières, des résultats bien contradictoires. Par exemple, j'ai opéré une femme qui avait, outre son sarcome ovarien, un autre sarcome enveloppant le côlon, j'en enlevai la plus grande partie. La malade guérit de l'opération et va bien quelques semaines après. Il ne faut donc pas désespérer. Mais dans les cas de tumeurs fibreuses, c'est une tout autre affaire, beaucoup plus simple, on l'a vu bien des fois.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Communications.

De la virulence des bubons.

M. Horteloup. Je vous demande la permission de vous présenter quelques réflexions sur l'adénite virulente qui accompagne le

chancre mou, et de vous communiquer une observation d'adénite chancreuse qui me paraît digne d'intérêt.

Ce qui m'engage à vous entretenir de ce petit point de pathologie, c'est qu'une lecture faite récemment à l'Académie des sciences et à la Société de biologie par un de nos plus savants collègues des hôpitaux semble vouloir détruire tout ce que nous considérions comme absolument certain sur ce sujet.

Nous admettions, d'une façon classique, que le chancre simple peut donner lieu soit à une adénite simple, bubon sympathique, soit à une adénite virulente : l'adénite simple fournissant un pus qui n'est pas inoculable, l'adénite virulente produisant un pus dont l'inoculation donne naissance à un véritable chancre mou, qui a la propriété de se réinoculer indéfiniment.

Vous savez combien il est important, pour le chirurgien, de savoir s'il aura à traiter un bubon inflammatoire ou un bubon chancreux, soit pour faire de larges incisions capables d'éviter des clapiers, soit pour employer un pansement modificateur; aussi a-t-on indiqué différents signes qui permettent de présumer le diagnostic de ces deux espèces d'adénites, et je demande la permission de vous les rappeler en quelques mots.

On a dit que dans l'adénite chancreuse, le début étant signalé par une douleur inguinale vive, le ganglion, devenant rapidement volumineux, ne reste pas longtemps mobile et qu'il devient vite adhérent à la peau; que celle-ci rougit vivement, et qu'elle est tendue, luisante, très douloureuse au toucher. La tumeur est dure et amène très vite un ramollissement qui se fait simultanément dans toute la masse. La peau, violacée, fortement amincie, semble réduite à la couche épidermique. Le bubon, ainsi que l'a fait remarquer M. Rollet, présente l'aspect d'une ampoule purulente ou d'une grosse bulle. Si l'adénite chancreuse s'ouvre spontanément, on ne remarque par une ouverture seule, comme pour l'adénite inflamatoire, mais bien plusieurs pertuis donnant l'aspect d'un crible. Si on ouvre le bubon, il se vide pour ainsi dire en une seule fois, donnant lieu à un écoulement de pus sanieux, roussâtre, couleur chocolat ; dans l'adénite inflammatoire, le pus sort avec difficulté de la cavité qu'il faut comprimer.

L'adénite chancreuse demande au moins quatre semaines de traitement, et l'adénite inflammatoire guérit en quinze jours.

Ces signes ne sont pas infaillibles, et souvent le pus de bubons présumés chancreux n'a nullement pu donner, par l'inoculation, naissance à la pustule caractéristique. La difficulté est même quelquefois plus grande, car M. Fournier, avec sa netteté d'observation, a fait remarquer que l'on rencontre souvent des bubons en voie de guérison, dont il serait impossible d'affirmer la nature simple ou

chancreuse sans en faire l'inoculation; mais nous savons tous combien c'est là une expérience dont on doit être peu prodigue, car on signale, à la suite d'inoculation expérimentale, des cas de phagédénisme et même de mort.

Enfin, un fait important à noter dans l'histoire des bubons virulents, c'est que, de tous les chancres, ceux du frein sont le plus fréquemment suivis d'adénite chancreuse. Les chancres du frein ont une marche fatale, ils déchirent le frein soit de haut en bas, soit transversalement en laissant un pont que l'on est souvent obligé de sectionner. Cette destruction porte sur une région très riche en lymphatique, dont l'ouverture permettrait facilement l'entrée de pus.

Ainsi, on admettait que le chancre simple pouvait s'accompagner de deux sortes d'adénites, l'une inflammatoire, l'autre chancreuse; que cette dernière avait, le plus ordinairement, une marche et un aspect particuliers permettant de la faire soupçonner, et que certains chancres paraissaient plus particulièrement prédisposés par leur siège anatomique.

Mais dans l'histoire du bubon chancreux, il y a un point très obscur qui n'a pas encore reçu une explication bien précise : lorsqu'on pratique, au moment de son ouverture, l'inoculation du pus d'un bubon qui deviendra chancreux, il est très exceptionnel que l'on obtienne la pustule : autrement dit, il est exceptionnel que le résultat soit positif. Ainsi, sur 338 bubons chancreux inoculés le jour de l'ouverture, M. Ricord n'a obtenu que 68 résultats positifs. (*Traité de l'inoculation*, 1836); mais vingt-quatre et surtout quarante-huit heures après l'incision ou après l'ouverture spontanée, l'inoculation donne un résultat positif.

Pour interpréter cette bizarrerie pathologique, plusieurs explications ont été données.

Ricord qui, le premier, a eu le mérite de débrouiller l'histoire des adénites inguinales consécutives aux affections vénériennes, disait que, dans une adénite suppurée à la suite d'un chancre simple, il y avait deux sortes de pus: l'un superficiel, phlegmoneux, dû à la péri-adénite; l'autre profond, développé dans le ganglion par le transport du virus du chancre effectué par l'intermédiaire des lymphatiques; et que la difficulté de puiser le pus virulent, au moment de l'incision, était la cause de l'insuccès.

Suivant d'autres, le pus virulent serait, pour ainsi dire, noyé au milieu du pus phlegmoneux, et il faudrait attendre l'inoculation de toute la paroi ganglionnaire qui, devenant alors un véritable chancre, produirait du pus virulent.

Pour moi, j'ai cru pouvoir admettre qu'il se faisait, dans l'intérieur du ganglion, une véritable gangrène, susceptible, comme on

le sait, de tuer l'élément virulent, lequel reparaîtrait après l'élimination des points mortifiés.

M. Aubert (de Lyon), qui a étudié d'une manière si curieuse l'influence de la chaleur sur la marche du chancre simple, admet que, tant que le bubon n'est pas ouvert, la température est assez élevée pour détruire la virulence, mais qu'une fois l'incision faite, l'abaissement de température produit par l'atmosphère suffit pour faire renaître l'élément de la spécificité.

Il y a cinquante-cinq jours, M. Straus a cru pouvoir affirmer que le bubon du chancre mou « n'est jamais originellement virulent, et qu'il ne devient chancreux que par inoculation secondaire après l'ouverture ». Je m'empresse de dire que si cette opinion se confirme, M. Straus aura rendu un immense service, car il aura fait disparaître une des plus graves complications du chancre simple.

M. Straus part d'un principe qui doit être absolument vrai, « c'est que tout virulence implique l'idée de microbes », aussi a-t-il cherché à mettre en évidence celui du chancre mou. Comme il n'est pas toujours facile d'obtenir une grande quantité de pus sur l'ulcère chancreux, notre collègue a fait porter ses recherches sur le pus de quarante-deux bubons, et il lui a été impossible de déceler, à l'aide des méthodes actuelles de coloration, la présence d'aucun organisme. Tout aussi infructueuses ont été ses tentatives de culture dans des milieux liquides ou solides. Les inoculations pratiquées le jour de l'ouverture ont toujours été négatives, et il en a été de même pour les inoculations faites le deuxième et le troisième jour; il en conclut que ses devanciers se sont laissé abuser par des expérimentations faites dans de mauvaises conditions, ayant laissé l'ouverture de leurs bubons et de leurs inoculations exposée aux souillures des produits du chancre transportés par la chemise ou par les linges de pansement.

Vous voyez, Messieurs, si la théorie de M. Straus est exacte, combien ce fait mal expliqué des inoculations, ne devenant positives que quarante-huit heures après l'ouverture des bubons, est facile à comprendre. On ouvre un bubon, et, le jour même de son ouverture, du pus transporté artificiellement, soit par la verge du malade, soit par un cataplasme, soit par de la charpie souillée de pus, soit par la main, par les instruments du chirurgien ou du panseur, vient inoculer cette plaie simple et la transforme en plaie virulente.

Je ne doute pas que d'une façon tout exceptionnelle ce mode d'inoculation ne puisse se produire. J'ai observé dans mon service, un fait qui m'a servi de leçon.

Un malade, entré pour un bubon chancreux ouvert spontanément depuis plusieurs jours, présentait un hygroma aigu que j'ouvris et

drainai. Le pansement du genou était fait avec de la charpie trempée dans de l'eau alcoolisée, recouverte de ouate et maintenue par une bande roulée; sur le bubon j'avais fais appliquer un cataplasme. Souffrant du genou pendant la nuit, cet homme défit son pansement et glissa sur son genou le cataplasme qui couvrait la région inguinale. Prévenu à la visite du lendemain de ce qui était arrivé, je m'empressai de faire laver et injecter l'hygroma, mais l'inoculation était produite, et quelques jours après, je pouvais constater la transformation en chancre simple des deux plaies.

Je crois donc qu'il faut redouter ce mode de contamination et qu'un cataplasme mal maintenu, pouvant toucher la verge, serait capable de porter du pus chancreux sur la région inguinale : aussi ai-je depuis longtemps adopté pour les bubons ouverts des pansements maintenus par des bandes roulées en spirales. Malgré cela, j'ai eu des bubons chancreux.

Tout à l'heure, je vous rappelais que Ricord, dans sa statistique de 338 bubons inoculés le premier jour, avait obtenu 63 résultats positifs; mais Ricord faisait ses inoculations à la cuisse et les laissait sans protection : il se pouvait parfaitement que le pus du chancre de la verge eût coulé sur la plaie d'inoculation et produisît l'inoculation; aussi peut-on ne pas les admettre. Mais, depuis longtemps, au Midi et dans d'autres hôpitaux, les plaies d'inoculation sont faites sur la paroi abdominale et recouvertes avec un verre de montre; il est plus difficile de penser que le malade aura soulevé ce pansement protecteur pour laisser le pus de la verge se mettre en contact avec la plaie faite artificiellement.

Mais où la théorie de M. Straus devient plus difficile à admettre, c'est en présence de bubons chancreux sourvenus chez des individus dout les chancres étaient guéris au moment de l'ouverture du bubon.

Ainsi, dans le *Traité de l'inoculation* de Ricord, se trouvent relatées sept observations fort instructives et fort démonstratives à ce point de vue.

Dans la première observation, page 352 : « Le 22 octobre, on ouvre le bubon qui donne une assez grande quantité de pus rougeâtre. On inocule le pus à la cuisse droite par une piqûre. Le chancre du frein est guéri. Le 24, l'inoculation du 22 a pris, et la pustule est large et bien développée; on l'ouvre et on inocule son pus à la cuisse gauche. Le 27, l'inoculation du 24 a pris; la pustule est formée ; on la déchire et au-dessous on voit l'ulcère chancreux entamant toute l'épaisseur de la peau. »

Page 360 : « Les chancres sont guéris par la cautérisation. Le bubon est largement suppuré; on l'ouvre le 25 : il vient un peu de pus rougeâtre. Le 28, on inocule le pus du bubon sur la cuisse

droite par une seule piqûre ; les bords de l'incision d'ouverture paraissent ulcérés. Le 30, la piqûre d'inoculation a pris et fournit la pustule caractéristique. »

Page 362 : « Le 9 août on ouvre le bubon et l'on inocule son pus à la cuisse gauche par une piqûre, les chancres du gland sont guéris. Le 15, la piqûre d'inoculation paraît avoir réussi, mais elle se développe lentement. Les bords de l'incision faite sur le bubon ont pris la forme ulcéreuse. Le 18, la pustule d'inoculation a marché ; elle est aujourd'hui caractéristique. »

Page 369 : « Aujourd'hui les chancres sont guéris et les deux bubons en pleine suppuration ; le foyer est vaste, il y a beaucoup de décollement. On ouvre à droite et à gauche, il sort un pus brun, peu lié. Le 18, on inocule le pus des bubons, celui de droite à la cuisse droite, par deux piqûres ; celui de gauche à la cuisse gauche par une seule piqûre ; les bords de l'ouverture paraissent ulcérés ; à droite et à gauche il y a beaucoup de pus. Le 20, les piqûres d'inoculation ont produit les pustules caractéristiques sur les deux cuisses. »

Page 374 : « Aujourd'hui il ne reste plus de chancres, on ouvre les deux bubons, le pus est sanieux et peu lié. Le 25, on inocule le pus du bubon droit à la cuisse gauche. Le 28, la vésicule est formée. »

Page 376 : « Les chancres sont guéris (13 septembre). Le 30, le bubon est ouvert ; on inocule le pus à la cuisse droite. Le 1er octobre, la piqûre a réussi. »

Page 381 : « Aujourd'hui le chancre est cicatrisé ; on ouvre les deux bubons et l'on inocule le pus du bubon droit à la cuisse droite et celui du bubon gauche à la cuisse gauche. Le 20, aucune des inoculations n'a pris. On pratique une nouvelle inoculation. Le 23, l'inoculation du pus du bubon droit n'a rien produit ; celle du bubon gauche a donné la pustule caractéristique.

Je rappellerai aussi une osbervation que j'ai publiée en 1880 dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* Il s'agissait d'un homme qui a eu deux adénites suppurées bien nettement virulentes, puisque l'inoculation a donné un résultat positif, dont le point de départ a dû être rapporté à un chancre complètement guéri depuis trois mois.

Comment expliquer, dans ces huit cas, la virulence des bubons ? Il faudrait admettre que la contamination a été produite par du pus chancreux emprunté à un autre malade et transporté à l'état liquide, soit par la main, soit par une pièce de pansement, et cela, le jour même de l'ouverture, puisque vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'incision, la virulence existait. Or, le chancre simple demande au moins quarante-huit heures d'incubation.

Je ferai remarquer, en outre, que si c'est ainsi que se forme le bubon chancreux, il est peu aisé de comprendre pourquoi le nombre des adénites chancreuses n'est pas plus considérable et comment une plaie quelconque ne devient pas chancreuse dans nos services des vénériens.

Peu de jours après la communication de notre confrère, j'ai pu recueillir l'observation suivante qui me paraît infirmer la théorie si séduisante de M. Straus.

L... (Ernest), âgé de vingt-huit ans, entre dans mon service à l'hôpital du Midi, le 29 novembre 1884, pour un bubon consécutif à un chancre du frein.

Le chancre doit remonter environ à quinze jours. Le malade, à cette époque, remarqua sur la partie latérale droite du frein une petite bulle qui a crevé et qui à donné naissance à une ulcération. Trois jours après avoir observé cette ulcération, il se produisit un phimosis.

Le 18 novembre, il ressentit une vive douleur, et le lendemain il constata une tuméfaction dans l'aine droite.

A son entrée, nous constatons un phimosis incomplet, mais ne permettant pas de découvrir le gland jusqu'à la rainure balano-préputiale; mais nous constatons une tuméfaction inflammatoire du prépuce, écoulement sanieux purulent assez abondant et un point douloureux au niveau du frein.

Dans la région inguinale droite, il existe une tumeur à grand diamètre, parallèle à l'arcade de Fallope, de la grosseur d'une mandarine; sur toute l'étendue de la tumeur, la peau est légèrement écailleuse, violacée, très amincie; la fluctuation est totale et donne la sensation classique d'une vessie pleine. Il n'existe pas d'induration périphérique. Le malade nous dit que depuis vingt-quatre heures, la tumeur n'a pas changé d'aspect. Je porte le diagnostic de chancre mou situé au niveau du frein, et, d'après les caractères cliniques du bubon, son début hâtif, sa marche rapide, sa coloration spéciale, l'aminicissement de la peau, je pense que le bubon doit être un bubon chancreux.

Je dirai, du reste, que, le 9 décembre, après des injections sous-préputiales, le phimosis diminuait, et que, pouvant découvrir tout le gland, je constatais la présence d'un chancre mou ayant détruit une partie du frein, de bas en haut.

Pour profiter de ce cas et vérifier l'exactitude de la communication de M. Straus, le bubon est ouvert le 29 novembre, le lendemain de l'entrée du malade.

Après avoir pris toute les précautions antiseptiques, fait laver les mains dans l'eau phéniquée, stériliser la paroi du bubon avec une solution phéniquée au cinquantième, je fais faire par mon in-

terne, M. Wickham, aide d'anatomie de la Faculté, l'incision du bubon avec un bistouri neuf, préalablement trempé dans l'eau phéniquée.

Le bubon se vide, pour ainsi dire instantanément, en laissant écouler un pus sanieux, roussâtre, couleur chocolat. Avec le bistouri ayant servi à l'incision, je fais faire, après avoir stérilisé la peau de l'abdomen, une inoculation à trois centimètres de l'ombilic.

La plaie de l'inoculation est recouverte avec un verre de montre.

La plaie inguinale est pressée avec de la charpie trempée dans de l'eau phéniquée, et on fait un pansement avec de l'ouate extraite d'un paquet neuf et exposée au spray pendant plusieurs minutes.

Le tout est maintenu par une bande de tarlatane trempée dans de l'eau phéniquée.

Le malade est reconduit à son lit ; on lui recommande de ne pas toucher à l'appareil sous peine des plus graves accidents.

Observé avec soin par le surveillant de la salle, le pansement, examiné matin et soir, n'a pas bougé jusqu'au 1er décembre, c'est-à-dire pendant quarante-huit heures.

Le 1er décembre, le pansement est défait, l'inoculation de l'avant-veille n'a rien donné; si le verre de montre n'était pas là, il serait impossible de soupçonner l'inoculation. La suppuration du bubon n'a pas été très abondante ; les parois du foyer sont flottantes, mais les bords ne sont pas ulcérés.

A un centimètre environ de la pemière inoculation, je fais refaire une seconde inoculation avec un bistouri neuf, en ayant soin de laisser écouler le sang avant de déposer le pus sur la plaie qui vient d'être faite. Un verre de montre, maintenu par du diachylon, est placé sur l'inoculation, et de l'ouate intacte et phéniquée recouvre le bubon, le tout est maintenu avec une bande de tarlatane phéniquée. Les mêmes précautions sont prises comme surveillance.

Le 4 décembre, je renouvelle le pansement; l'inoculation du 1er décembre se présente sous l'aspect d'une vésicule purulente, rompue en deux endroits différents, entourée d'une auréole inflammatoire; mais pour pouvoir affirmer l'authenticité de l'inoculation, je réinocule le pus de cette première inoculation à cinq centimètres en dehors de la première, en me servant d'un bistouri et, après avoir stérilisé le peau, je réinocule enfin pour la troisième fois le pus du bubon sur la paroi abdominale à gauche de l'ombilic.

Les bords de l'incision inguinale sont festonnés, ulcérés, et présentent les caractères cliniques du bubon chancreux. Le 6 décembre, le chancre provenant de l'inoculation faite le 1er décembre s'est accentué; la réinoculation du pus de ce chancre a donné lieu à une vésicule blanchâtre, non rompue, entourée d'une auréole in-

flammatoire, vésicule typique; enfin j'ajouterai que la troisième inoculation de pus du bubon a donné un résultat positif.

Le 8 décembre, les diverses inoculations continuent à suivre une marche régulière, et leurs caratères cliniques ne diffèrent pas de ceux des chancres simples.

Cette observation me paraît concluante quant à ce qui concerne la virulence de certaines bubons accompagnant le chancre mou, car je ne vois pas par quelle porte le virus aurait pu entrer.

Le bistouri d'ailleurs ne peut être mis en cause, puisque, dans ces différentes inoculations, il n'a été employé que des instruments neufs ou remis à neuf et, dans tous les cas, le pus qui aurait pu se trouver sur la lame aurait été sec, et nous savons par l'expérience, que le pus desséché ne peut donner naissance à un chancre simple.

Doit-on incriminer l'ouate ou la charpie qui nous ont servi aux pansements?

Le même jour où je faisais ces expériences, j'ouvrais et j'inoculais un autre bubon, ne présentant aucun des signes cliniques du bubon chancreux; je pansai la plaie inguinale et l'inoculation avec l'ouate, la charpie, prises dans la même corbeille et le même paquet: le résultat fut négatif; réinoculé, 48 heures plus tard, le résultat ne fut pas modifié.

Enfin, je dirai que, chez mon malade, j'ai fait protéger les plaies d'inoculation avec un verre de montre, maintenu par du diachylon. Nos verres et notre pansement sont restés tels que nous les avions appliqués.

Je crois donc pouvoir conclure que, chez mon sujet, le bubon n'est pas devenu chancreux, et qu'il l'était avant l'ouverture. L'inoculation a confirmé les prévisions fournies par la clinique.

Je pense donc que M. Straus a rencontré une série cliniquement heureuse, et qu'il s'est un peu trop hâté de nier le bubon chancreux.

Cette complication du chancre simple est assurément moins fréquente que certaines statistiques le laisseraient supposer, mais malheureusement elle existe, et en communiquant cette observation, j'ai voulu que l'on ne crût pas trop facilement à la non-virulence des bubons accompagnant le chancre simple, et que, par conséquent, on ne fût pas entraîné à porter un pronostic trop bénin que la marche du bubon, même pansé par l'occlusion, pourrait ne pas vérifier.

Note sur la présence de l'albumine dans les urines émises avant et après l'administration du chloroforme, par M. Terrier.

Ces recherches ont été faites avec le secours de notre excellent ami M. Patein, pharmacien en chef de l'hôpital Bichat.

Dans une première série, les urines ont été recueillies : 1° après qus les malades étaient endormies, mais avant toute intervention chirurgicale ; 2° après l'opération terminée. Il s'agissait la plupart du temps d'opération d'ovariotomie. Cette première série fait l'objet du tableau n° 1 ; or, sur 10 cas, 8 fois après l'anesthésie préparatoire on a constaté l'existence d'albumine dans l'urine, et 10 fois cette albumine a été constatée après l'opération, c'est-à-dire après une anesthésie qui a varié de 30 minutes à 1 heure 1/4.

Dans un cas (obs. 9), immédiatement après l'anesthésie il y avait des traces notables d'albumine, et après l'opération qui a duré 30 minutes, on a pu doser l'albumine et en trouver 80 centigrammes par litre. Il s'agissait d'une ovariotomie, et la malade a bien guéri.

Dans une seconde série, les urines ont été recueillies avant l'anesthésie et après l'opération faite sous le chloroforme. Cette seconde série est consignée dans le tableau n° 2.

Ici, dans la plupart des cas, il n'existait pas d'albumine avant l'anesthésie et l'opération ; une fois cependant (obs. 3) cette quantité était dosable (60 centigrammes par litre), et l'anesthésie l'exagéra avec des proportions énormes (4 grammes par litre), d'où très probablement l'issue funeste de l'opération. Ajoutons qu'une analyse antérieure, faite peut-être d'une façon insuffisante n'avait pas décelé la présence de l'albumine.

Après l'anesthésie et l'intervention chirurgicale, car il faut tenir compte de ces deux facteurs, l'albumine se montre 6 fois sur 9, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas.

D'autre part, le tableau n° 1 nous montre que l'urine contient d'ordinaire des traces d'albumine après l'anesthésie seule, c'est-à-dire après un seul facteur.

On peut en conclure que l'albuminurie, quelque légère qu'elle soit, est plus en rapport avec le fait de l'anesthésie chloroformique qu'avec sa durée.

Quelquefois même, cette administration du chloroforme a pu être prolongée 20, 45, 50 et même 55 minutes, sans que pour cela on ait constaté la plus petite trace d'albuminurie.

En fait, lors d'anesthésie par le chloroforme, il existe donc des conditions pathogéniques de l'albuminurie qui nous sont inconnues, et l'inhalation de l'anesthésique ne les fait pas naitre fatalement : telle est au moins la conclusion qu'il nous est permis de tirer de ces quelques recherches.

Dans un cas (obs. 9 du tableau n° 2), l'urine, qui ne contenait rien avant l'anesthésie, renfermait un peu d'albumine après l'opération, de plus les éléments normaux : urée, phosphates, chlorures, n'étaient nullement modifiés par l'inhalation chloroformique.

Quelque incomplètes que soient ces recherches, elles sont intéressantes à rapprocher de celles du professeur Bouchard (1). D'après cet expérimentateur l'albuminurie peut résulter : d'une part des lésions du système nerveux périphérique, la section du sciatique, chez le lapin, par exemple ; d'autre part des inhalations de chloroforme même en petite quantité, de manière à ne pas produire l'anesthésie, donnent aussi lieu, chez le lapin, à une albuminurie intense, même avec hématurie.

Or, dans les faits que nous venons de rapporter, les deux causes productives de l'albuminurie indiquées par le professeur Bouchard

Tableau n° 1.

	DATE	URINES PRISES après anesthésie.	URINES après l'opération.	DURÉE de l'opération.	NATURE de l'opération.	OBSERVATIONS.
1	27 mai 1884.	Traces d'albumine	Traces plus sensibles.	»	»	»
2	17 juin 1884.	Rien.	Traces.	»	»	»
3	24 juin 1884.	Rien.	A peine de traces.	35 minutes.	»	»
4	1er juillet 1884.	Traces.	Traces.	1 heure 1/4.	Ovariotomie.	Guérie.
5	8 juillet 1884.	Traces.	Traces.	?	»	»
6	15 juillet 1884.	Traces.	Traces.	40 minutes.	Ovariotomie.	Guérie.
7	22 juillet 1884	Traces.	Traces plus notables.	30 minutes.	Ovariotomie.	Guérie.
8	29 juillet 1884.	Traces.	Traces.	1 heure 1/4.	Ovariotomie.	Guérie.
9	25 mars 1884.	Traces notables.	0,80 cent. par litre.	30 minutes.	Ovariotomie.	Guérie.
10	21 octobre 1884.	Quantité notable.	Très notable quantité.	35 minutes.	Ovariotomie.	Mort.

Tableau n° 2.

	DATE.	URINES avant l'anesthésie.	URINES après l'anesthésie.	DURÉE de l'opération.	NATURE de l'opération.	REMARQUES.
1	mars 1884.	rien.	Traces d'albumine.	19 minutes.	Ovariotomie.	Mort. par péritonite.
2	15 mars 1884.	presque rien.	Traces plus appréciables.	1 heure 10.	Ovariotomie incomplète.	Guérie.
3	27 mars 1884.	0,60 cg. par litre.	4 gr. pour 1,000 gr.	3/4 d'heure.	Ovariotomie.	Mort.
4	18 mars 1884.	Rien.	Rien.	45 minutes.	Ovariotomie.	Guérie.
5	29 avril 1884.	Rien.	Rien.	?	Ovariotomie.	Guérie.
6	6 mai 1884.	Rien.	Rien.	20 minutes.	Ovariotomie.	Guérie.
7	13 mai 1884.	Rien.	Quantité notable.	50 minutes.	Ovariotomie.	Guérie.
8	20 mai 1884.	Rien.	Rien.	55 minutes.	Ovariotomie, cancer péritonéal.	Mort.
9	10 juin 1884.	Rien.	Quantité appréciable.	50 minutes.	Ovariotomie.	Guérie.
10	31 juillet 1884.	Rien.	Traces.	1 heure 1/4.	Ovariotomie.	Guérie.

existent bien. D'un côté, en effet, l'opération détermine l'excitation des nerfs du système cérébro-spinal et du sympathique, et d'un autre côté l'anesthésie chloroformique serait encore une cause d'albuminurie.

Or, si dans un assez grand nombre de cas cette albuminurie a été constatée d'abord après l'anesthésie, puis après l'anesthésie combinée à l'opération, dans d'autres cas il n'y a pas eu de trace d'albumine dans les urines. Donc l'anesthésie seule, et l'anesthésie combinée à l'opération, excitant fatal des nerfs, ne détermine pas toujours l'albuminurie chez l'homme. Nous croyons qu'il faut faire entrevoir un autre élément : l'asphyxie par le chloroforme, ou plutôt les tendances à l'asphyxie que présentent certains malades pendant l'anesthésie. Ce point sera l'objet de nouvelles recherches.

La séance est levée à 5 heures 45 minutes.

Le Secrétaire,

J. CHAMPIONNIÈRE.

Seance du 24 décembre 1884.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° Le professeur SALTZMANN, d'Helsingfors, adresse les brochures suivantes :

a. *De la laparotomie dans l'occlusion intestinale;*

b. *De la résection du coude;*

c. *Observation d'éléphantiasis du scrotum et du pénis;*

d. *De l'excision cunéiforme faite au tarse dans le pied bot;*

e. *Sept cas d'ovariotomie;*

f. *De l'emploi des pessaires contre les déviations de la matrice;*

3° M. Clément Lucas envoie une brochure intitulée : *De la fracture de l'extrémité inférieure du radius.*

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

MEMBRES DE LA COMMISSION D'ORGANISATION :

M. le professeur Trélat, président;

M. le professeur Verneuil;

M. le docteur Horteloup, chirurgien des hôpitaux, secrétaire général de la Société de chirurgie;

M. le docteur Chauvel, professeur au Val-de-Grâce;

M. le docteur Bouilly, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris;

M. le docteur Ch. Monod, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris;

M. le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris, secrétaire de la commission.

(*Adresser toutes les communications à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, Paris.*)

STATUTS ET RÈGLEMENTS PROVISOIRES DU CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

STATUTS.

I. Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie française.

II. Le Congrès tient ses sessions à Paris, chaque année, pendant la semaine de Pâques. Un vote de l'assemblée, après convocation spéciale, peut toutefois modifier la date de la session suivante.

III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et payent la cotisation.

IV. Dans la dernière séance de chaque session, l'Assemblée

nomme pour l'année suivante : un président, deux vice-présidents, quatre secrétaires et un trésorier,

Le bureau fixe l'ordre du jour. Il nomme deux vice-présidents d'honneur dans la première séance. Il tranche toutes les questions qui lui sont soumises par le comité.

V. Un comité permanent de sept membres, élus par le Congrès au scrutin de liste (et dont le comité d'organisation remplit provisoirement les fonctions), s'occupe, dans l'intervalle des sessions, de toutes les affaires qui intéressent le Congrès; il gère les finances et préside aux publications. — Tous les deux ans, deux membres du comité, désignés par le sort, sont remplacés par une nouvelle élection : les membres sortants sont rééligibles.

VI. Les séances du Congrès sont publiques. Toutes les communications et discussions se font en français. Elles sont publiées *in extenso* ou en résumé, sous la surveillance du comité.

VII. La cotisation annuelle des membres est de 20 francs. Elle donne droit au volume des comptes rendus du Congrès.

Une cotisation de 200 francs, versée avant le 15 février 1885, donne droit au titre de FONDATEUR. Passé cette date, la même cotisation conférera le titre de MEMBRE PERPÉTUEL. Cette cotisation opérera le *rachat* de toute contribution annuelle.

RÈGLEMENT.

I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au secrétaire du comité et y joindre la somme de 20 francs. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

II. Les séances ont lieu de 9 heures 1/2 du matin à midi et de 3 heures à 6 heures, à l'Ecole de médecine. Les séances du matin sont consacrées à l'introduction et à la discussion des *sujets mis d'avance à l'ordre du jour de la session par le Congrès précédent* (ou, pour le premier Congrès, par le comité d'organisation); les *communications diverses* seront faites aux séances du soir.

III. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire du comité avant le 1er janvier (cette date est reculée au 15 février pour la première session). Ils devront y joindre un résumé très bref, contenant les conclusions de leur travail.

Ce résumé sera imprimé *in extenso* ou en partie dans le programme qui sera distribué avant l'ouverture du Congrès.

IV. Les orateurs qui désirent prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées pourront se faire inscrire d'avance en écrivant au comité (secrétariat). La parole sera donnée dans l'ordre des inscriptions.

V. Les communications peuvent avoir une durée de quinze minutes. Le président a le droit, sans consulter l'assemblée, de donner une prolongation de dix minutes, soit vingt-cinq minutes en tout. Ce temps écoulé, il est nécessaire de consulter l'Assemblée.

VI. Il est accordé à chaque orateur cinq minutes pour la discussion, et, avec l'agrément du président, dix minutes.

Le même orateur ne peut parler pour la discussion plus de quinze minutes, dans la même séance, sans l'assentiment de l'assemblée.

VII. Le manuscrit des communications et la rédaction des paroles prononcées dans la discussion doivent être remis aux secrétaires au début de la séance qui suit celle de la communication ou de la discussion; faute de quoi une simple analyse en sera publiée.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DU PREMIER CONGRÈS.

(Voir l'article 2 du règlement.)

I. Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales.

On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.) dans la pathogénie des septicémies.

II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

III. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

IV. Cure des abcès froids.

Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents.

V. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

Outre ces questions choisies par la commission d'organisation du Congrès, elle a examiné les suivantes, sur lesquelles elle croit devoir aussi attirer l'attention et demander des documents :

I. Valeur comparée de l'anus iliaque et de l'anus lombaire dans le cancer du rectum.

II. Indications de la gastrostomie.

III. Origine et nature de la coxalgie.

IV. Indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques.

V. Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie et l'hystérotomie.

VI. De l'opération des tumeurs incluses dans le ligament large.

Rapports.

Sur deux cas de taille hypogastrique, par M. Perier.

Le malade de M. Houzel était un charretier de 58 ans, qui depuis quatre ans éprouvait des douleurs vésicales telles qu'au bout des deux premières années il avait dû cesser tout travail. Sa situation était intolérable ; il vint consulter le Dr Houzel qui, pour explorer la vessie, dut recourir à l'anesthésie; malgré la résolution complète, l'intolérance de cet organe était si grande, qu'au premier contact du cathéter, l'urine était projetée à une grande distance et qu'il se produisait une chute du rectum. Le calcul avait plus de 4 centimètres.

Les urines ne contenaient ni sucre ni albumine.

M. Houzel n'hésita pas à choisir la taille hypogastrique, qui fut pratiquée le 25 décembre 1883 avec toutes les précautions antiseptiques, et après ballonnement du rectum; la pierre fut extraite sans incident ; deux tubes parallèles furent installés au fond de la vessie, et la plaie fut réunie au-dessus des tubes; pansement de Lister. La pierre pesait 65 grammes et était composée d'acide urique et d'urate d'ammoniaque. Tout alla bien au début ; les tubes furent retirés le 1er janvier, l'urine commença à couler par la verge le 3.

Le 15, la plaie était devenue linéaire, le ventre souple et indolore; l'état était des plus satisfaisants.

Le 16, le malade fut repris de douleurs de reins et de diarrhée comme avant l'opération. La diarrhée ne put être arrêtée, et à partir de ce moment la température diminua graduellement et descendit de 36°,5 à 34°,5 le 22 *janvier*, jour où le malade succomba après avoir présenté tous les signes de l'urémie et sans que la plaie ait cessé de marcher régulièrement vers la cicatrisation jusqu'à la dernière minute.

Bien que l'autopsie n'ait pu être pratiquée, M. Houzel attribue la mort aux lésions rénales, déjà trop avancées quand le malade s'était adressé à lui. Il justifie à bon droit son intervention en rappelant les souffrances excessives du patient, le choix de la taille hypogastrique

par la dureté, le volume du calcul et l'irritabilité de la vessie, et il démontre, par l'évolution même du travail réparateur du côté de la plaie, que la mort n'est pas survenue par le fait de la méthode opératoire. Enfin il termine en insistant sur la facilité que lui ont procuré, pour l'opération, l'emploi du ballon de Petersen et pour l'écoulement de l'urine, ainsi que pour le lavage de la vessie, l'emploi des deux tubes accolés.

La deuxième observation, celle de M. Delannoy, nous offre un intérêt particulier, car chez son malade la vessie a été rompue; l'eau boriquée s'est infiltrée dans le tissu cellulaire pelvien, et ce malade a guéri, comme celui dont M. Monod a raconté l'histoire. Voici, du reste, l'observation de M. Delannoy :

Observation d'une opération de taille sus-pubienne, par le Dr Delannoy, de Boulogne-sur-Mer.

Le nommé Pocholle, ouvrier forgeron, âgé de 25 ans, d'apparence chétive, vient me consulter le 20 février dernier pour des douleurs de vessie qu'il éprouve depuis deux ans. Il y a deux mois que ses urines contiennent du sang, et ses souffrances sont devenues intolérables, surtout après la miction. Ses forces se sont affaiblies graduellement et, depuis quelques semaines, il a dû cesser son travail.

Le cathétérisme, pratiqué séance tenante, me révèle la présence d'un calcul volumineux, et je lui conseille l'opération, à laquelle il se résigne, sans ignorer cependant qu'elle n'est pas sans danger.

Le 1er mars, avec l'aide de plusieurs confrères, je pratique la taille sus-pubienne en suivant de point en point le manuel opératoire résumé à la Société de chirurgie par M. Perier.

Le malade est endormi sous le chloroforme; 200 grammes d'eau boriquée tiède sont injectés avec les plus grandes précautions dans la vessie, que j'ai pris soin de vider, et le ballon de Petersen, préalablement introduit dans le rectum, reçoit environ 400 grammes d'eau ordinaire tiède.

J'incise la peau dans une étendue de 10 centimètres environ sur la ligne ombilico-pubienne, mais je ne tarde pas à rencontrer dans les tissus sous-jacents une très notable quantité d'eau boriquée. Il n'y a pas de doute possible, la vessie a été rompue en un point quelconque, malgré tous mes soins à éviter cet accident. Enfin j'incise la vessie dans une étendue de 7 à 8 centimètres, et j'en retire un calcul phosphatique du poids de 25 grammes et de 5 centimètres de longueur sur 3 de largeur. Deux tubes en caoutchouc, de 60 centimètres de longueur, introduits dans la vessie, assurent momentanément l'écoulement de l'urine, et je ferme la plaie par 5 ou 6 points métalliques, sans comprendre la vessie dans ma suture.

Après l'opération (1er *mars*), mon malade est sans fièvre; sa température est à 37°. Dans la soirée, elle monte à 39° pour redescendre, le

lendemain matin, à 37°, température qui n'est plus dépassée jusqu'à la guérison complète.

Le 2 mars, les urines s'écoulent en partie par la plaie; elles sont tout à fait purulentes, malgré les lavages boriqués régulièrement faits trois fois le jour. Les jours suivants, les urines s'écoulent de plus en plus par le syphon, mais elles sont toujours purulentes.

Le 5 mars, j'enlève les points de suture.

Le 7 mars, les urines contiennent du sang en abondance; j'en attribue la cause à la présence des tubes en caoutchouc, qui irritent la vessie; je les enlève, et, le lendemain 8 *mars*, les urines ne sont plus que très légèrement sanguinolentes. Dès ce moment je sonde mon malade matin et soir, et, le 12 *mars*, la plaie vésicale étant complètement cicatrisée, il peut uriner seul.

Le 15 mars, son état général est si bon, qu'il peut se lever une partie de la journée, et la guérison ne tarde pas à être complète.

On pourrait reprocher à cette observation d'être un peu trop concise; en effet M. Delannoy ayant reconnu à n'en pas douter l'existence d'une certaine quantité d'eau boriquée dans le tissu cellulaire, nous dit que la vessie a été rompue en un point quelconque, sans nous dire quels efforts il a faits pour chercher le point de la rupture.

Il incise la vessie et en retire le calcul; mais la vessie était-elle appliquée sur le calcul ? ou bien renfermait-elle encore du liquide? La manœuvre opératoire a-t-elle été facile ou non ?

Je pense que comme moi vous auriez été satisfaits d'avoir des renseignements un peu plus détaillés. Cependant nous devons remercier M. Delannoy de nous avoir communiqué un fait qui démontre une fois de plus l'innocuité d'une infiltration dans le tissu cellulaire d'un liquide à la fois antiseptique et non irritant comme la solution aqueuse d'acide borique.

Toutefois il est à noter que les urines ont été tout à fait purulentes pendant quelques jours, sans que la température se soit élevée. En raison de sa brièveté, cette observation ne peut être analysée, elle se trouve donc insérée dans mon rapport; il ne me reste qu'à vous prier d'adresser des remerciements à son auteur.

Discussion.

M. TILLAUX. Je suis frappé dans l'observation rapportée par M. Perier de la dimension de l'incision de la vessie. 7 à 8 centimètres de section de la vessie me paraît énorme.

M. PERIER. Il y a très peu de détails dans l'observation très courte du reste.

M. Tillaux. J'ai fait il y a 15 jours une taille sus-pubienne chez un enfant de 15 ans atteint de coxalgie dont le périnée n'était pas abordable.

Il m'a semblé que cette taille est plus difficile chez l'enfant que la taille périnéale.

Il y a peut-être là une reserve à faire pour les enfants; depuis peu on s'occupe surtout de la taille sus-pubienne qui pour beaucoup d'auteurs paraissait devoir remplacer presque complètement la taille périnéale.

M. Monod. J'ai vu chez M. de Saint-Germain une opération qui m'a paru en effet un peu difficile. Dans un autre cas cependant rapporté ici, M. Girou n'a accusé aucune difficulté.

M. Le Dentu. Les difficultés me paraissent plutôt un peu plus grandes pour la taille sus-pubienne.

M. Tillaux. Je voulais dire seulement que c'est surtout la facilité qui engage à la taille hypogastrique ; si chez l'enfant cette facilité n'existe pas, il n'y a aucun avantage à la faire.

Élongation des branches terminales du plexus brachial dans un cas de trépidation épileptoïde d'origine traumatique, par M. le Dr Poulet.

Rapport par M. Chauvel.

Vous n'avez pas oublié, j'en suis sûr, l'intéressante observation que M. Poulet nous a communiquée dans notre dernière séance. Il s'agit d'un tirailleur algérien, atteint, le 14 décembre 1883, par une balle cylindro-conique qui, frappant le bras dans la région du pli du coude, paraît avoir lésé du même coup l'artère humérale et les nerfs médian et cubital. Un écoulement sanguin immédiat en jet rutilant, des hémorragies secondaires répétées, conduisent à faire une ligature de la brachiale. Elle est pratiquée le vingtième jour après la blessure, à la partie moyenne du membre.

Bien que ce point de pratique ne soit pas relevé par notre collègue, je crois devoir rappeler que la ligature de l'artère principale d'un membre au-dessus du foyer traumatique, pour arrêter une hémorragie secondaire ou en prévenir le retour, n'est admissible que s'il est matériellement impossible de mettre à jour et de lier les deux bouts du vaisseau dans la plaie. Je ne saurais donc approuver la conduite adoptée dans ce cas particulier, et bien que

le blessé ait guéri, je ne conseillerais pas à son opérateur de compter toujours sur un pareil succès.

Immédiatement après la blessure, au même instant, d'après le dire de *Kassiou*, l'avant-bras est atteint d'un tremblement qui ne fait que s'accroître après la cicatrisation des plaies, alors que sa main reste complètement paralysée. En vain l'électricité est-elle mise en usage pendant des mois. Comme les eaux de Bourbonne, elle échoue complètement contre cet état. C'est alors que le blessé est dirigé sur le Val-de-Grâce et placé dans le service de M. Poulet, le 10 septembre 1884, neuf mois après son accident. Bien que fort anciennes déjà, les cicatrices du coup de feu sont encore douloureuses, surtout celle qui répond à la sortie de la balle, au niveau de l'épitrochlée, sur le trajet du nerf cubital. L'entrée est en avant du bras, immédiatement en dedans du tendon du biceps.

J'ai vu plusieurs fois Kassiou, l'attitude du malade était frappante. Solidement enfermés, bien plus que soutenus dans une écharpe, le bras contre le tronc, la main et l'avant-bras sont serrés contre la poitrine avec force et agités de petits mouvements fibrillaires, d'une sorte de tremblement perpétuel. Cherche-t-on à mouvoir le membre, aussitôt les oscillations augmentent, et quand on l'écarte du thorax ou que le blessé l'écarte lui-même (ce qu'il ne peut faire du reste qu'avec le secours de sa main gauche) les secousses deviennent violentes et se succèdent avec une extrême rapidité. Aux mouvements d'extension produits par les contractions du triceps, font suite immédiatement des flexions si énergiques, que la main fermée vient frapper contre la paroi thoracique en produisant un bruit régulier. L'orage dure aussi longtemps que le bras reste écarté du tronc, puis il s'apaise quand le bras revient à sa position habituelle.

En serrant énergiquement les deux parties du membre, on peut diminuer la trépidation, on ne l'arrête pas complètement.

Les muscles, d'une façon générale, ne répondent plus à la volonté, pendant que la contractilité électrique persiste, intacte pour les supinateurs et les radiaux, diminuée pour le rond pronateur et le grand palmaire; presque abolie dans les masses musculaires de la main. Les réflexes tendineux du poignet ont disparu. Compare-t-on les deux avants-bras et les deux mains, on constate aisément l'atrophie du membre supérieur droit au-dessous du coude ; en même temps que le développement de quelques troubles trophiques dans la peau de ces parties. Plus nette encore est la perte des trois masses de sensibilité, et la ligne de séparation correspond à peu près au pli du coude, sans zone d'hyperesthésie à ce niveau. Sur le trajet du nerf cubital, à hauteur de l'épitrochléc, impression douloureuse qui s'exagère pendant la trépidation épileptoïde.

D'après le trajet de la balle, d'après les phénomènes observés, il n'est pas douteux que les nerfs médian et cubital aient été intéressés, ce dernier seulement en partie. En remontant de l'extrémité du membre vers sa racine, on rencontre trois zones bien distinctes : l'inférieure paralytique ; la moyenne caractérisée par la trépidation épileptoïde ; la supérieure où la motilité est intacte. Nous verrons plus tard que ces trois zones correspondent assez exactement à la distribution des branches antérieures de certaines paires nerveuses.

Tous les traitements ordinaires avaient échoué. L'élongation s'offrait comme une dernière ressource, et pour ma part, consulté par M. Poulet, je n'hésitai pas un instant à l'encourager à la pratiquer. Il fut même question entre nous de la région où l'extension devait être faite, et, si ma mémoire ne me fait pas défaut, je penchai vers la découverte des troncs d'origine du plexus brachial dans le triangle sus-claviculaire. Après mûre réflexion, notre collègue se décida pour la région axillaire, point où le danger lui parut moindre par l'éloignement plus grand de la moelle. Je ne dirai rien de l'opération, elle n'offrit pas de difficultés, bien que l'atrophie du nerf médian nous fît hésiter un instant. Successivement isolés sur une petite étendue et soulevés sur le crochet à élongation de Gillette, les trois troncs nerveux furent soumis à une traction de 6^{kg},500 pour le radial, de 6 kilogrammes pour le cubital et de 4 kilogrammes 1/2 seulement pour le médian, dont l'état de minceur nous inspirait des craintes. Iodoforme, suture métallique, pansement de Lister.

Je ne parlerai pas de la plaie, bien que, primitivement réunis en apparence, les bords s'en soient plus tard séparés. La suppuration habituelle des plaies d'élongation est naturellement bien connue, je ne puis pas ajouter qu'elle est aisément explicable. Dès la fin du sommeil chloroformique, on peut constater que les contractions épileptoïdes ont cessé. A un commandement impérieux, Kassiou soulève son bras, le déplace ; mais l'exécution se fait par saccades, et le membre reste inerte sitôt que la volonté cesse d'agir. A partir de ce moment l'état ne se modifie pas sensiblement. On peut enlever l'écharpe, détacher le bras du tronc ; à peine constate-t-on quelques légers tremblements presque immédiatement disparus. Les mouvements volontaires des muscles qui étaient auparavant en trépidation épileptoïde sont, nous dit M. Poulet, devenus possibles dans une certaine mesure, mais le membre ne passe d'une position à une autre que par une série d'oscillations bien accentuées qui se terminent peu après la cessation de l'effort volontaire. La main reste la même ; les troubles de sensibilité persistent. En somme, l'opéré quitte la France très soulagé et satisfait.

Notre confrère fait suivre son observation de quelques remarques sur les particularités qu'elle présente. Comment expliquer cette trépidation qui débute au moment même du coup de feu et de la lésion nerveuse, qui, loin de s'atténuer avec le temps, ne fait que s'accentuer de jour en jour davantage? Son apparition immédiate ne se comprend qu'en admettant un réflexe médullaire. Mais une action réflexe n'est pas de longue durée; elle ne persiste pas, même quand l'irritation qui lui a donné naissance se prolonge un certain temps. Ici, au contraire, les phénomènes irritatifs s'accroissent dans certains groupes des muscles, alors qu'à côté d'eux, d'autres groupes deviennent complètement, absolument paralysés. Et pendant que, d'après le siège de la plaie, les nerfs médian et cubital ont été seuls atteints par le projectile, les troubles fonctionnels s'étendent également dans le territoire du nerf radial. Comme le dit fort justement M. Poulet, ce qui frappe quand on examine le malade, c'est le contraste entre l'état de l'avant-bras où toutes les fonctions sont éteintes et la folie motrice, l'hyperkinésie désordonnée des muscles du bras. Ici la paralysie, là l'épilepsie spinale.

Notre distingué confrère, malgré des recherches multipliées dans les travaux spécialement consacrés aux lésions traumatiques des nerfs, n'a pu trouver un fait absolument de même nature que le précédent. Weir-Mitchell, Morehouse et Keen parlent bien de mouvements choréiformes de certains muscles à la suite de blessures des nerfs; mais ces mouvements qui augmentent si l'on tente de déplacer le membre volontairement, ne se produisent jamais avec une paralysie complète. De plus, même dans les cas les plus graves, la trépidation a cessé sous l'action des frictions et des mouvements communiqués. Packard a vu la lésion des filets terminaux du pouce engendrer la chorée; mais jamais il n'a rencontré de tels accidents après blessure des troncs nerveux. Dans la chorée des moignons comme dans les cas habituels de trépidation épileptoïde, les faits sont beaucoup plus simples. Il y a névrite, irritation médullaire, qui retentit sur les branches voisines, sur les rameaux collatéraux du plexus correspondant. Mais on ne trouve pas, comme chez Kassiou, la paralysie absolue de certains nerfs, indemnes de toute lésion traumatique.

Pour expliquer cette répartition, si irrégulière en apparence, des troubles fonctionnels observés chez son malade, M. Poulet a eu l'idée de la comparer à la distribution des racines du plexus brachial, telle qu'elle a été fixée par Hirschfeld et plus récemment par le Dr Forgue. En examinant ce schéma, on voit : que tous les muscles innervés par la 8e paire cervicale et la 1re dorsale sont complètement paralysés ; que tous les muscles fournis par les 6e et 7e paires

cervicales sont atteints de trépidations épileptoïdes; enfin que le territoire de la 5e paire est resté intact. Il semble naturel d'admettre qu'aux points d'origine de ces paires nerveuses, la moelle épinière doit présenter des altérations en rapport avec la gravité des troubles fonctionnels, altérations profondes au niveau de la 1re paire dorsale et de la 8e paire cervicale, moins accentuées au-dessus, et limitées aux 7e et 6e paires cervicales. Il ne s'agit, bien entendu, que des cordons médullaires antéro-latéraux, car l'absence d'hyperesthésie et l'extinction complète de la sensibilité ne permettent pas d'appliquer cette hypothèse aux cordons sensitifs.

Quoi qu'il en soit, M. Poulet propose, pour rendre compte de l'ensemble et de la marche des phénomènes, l'interprétation suivante : 1° Au début, troubles moteurs d'origine réflexe par lésion du cubital et du médian; 2° névrite ascendante se propageant jusqu'à la moelle. Les origines médullaires du nerf radial, comprises entre celles du médian et du cubital sont altérées secondairement; 3° autour de ce foyer de médullites et surtout au-dessus existe une zone moins affectée, dont l'altération moindre se traduit par l'épilepsie spinale, phénomène dérivatif.

Il est dans notre nature de chercher une explication *rationnelle* des faits, et par rationnelle nous entendons forcément une explication qui soit en accord avec l'état actuel de nos connaissances. Or, en ce qui concerne la physiologie et la pathologie du système nerveux, il est encore bien des points obscurs. Si, par exemple, j'examine le schéma si intéressant dressé par M. Poulet, je suis frappé de ces faits : 1° la sensibilité se comporte d'une façon absolument distincte de la motilité, bien que dans le trauma, les filets nerveux et sensitifs aient été, je suppose, lésés dans la même proportion; 2° le cubital qui semble n'avoir été que partiellement frappé, est absolument paralysé; 3° le médian, dont la lésion est bien plus évidente, dont les altérations sont manifestes, dont nous avons constaté l'atrophie prononcée, est, au point de vue des troubles fonctionnels moins atteint que le cubital, et marche sur le même niveau que le radial dont le tronc n'a pas été blessé. En somme, les faits sont intéressants, constatons-les, et attendons pour les expliquer que la science soit plus avancée.

Vient enfin le dernier point à examiner, les résulats de l'élongation. Notre collègue nous fait connaître des cas de succès obtenus par Nusbaum, Studsgaard, MM. Blum et Panas, dans des cas plus ou moins analogues. Ces observations ont été déjà publiées dans des journaux de médecine français. Inutile de les reproduire dans ce rapport. Il eût été plus intéressant de résumer les faits compris dans les statistiques de Chandler.(*Medical Record New-York*,1882) et d'Omboni (*Annal. univer. di Med. e Chir.*, mars 1883), statis-

tiques auxquelles nous renvoie M. Poulet. Malheureusement ce travail ne m'a pas été possible. Je le regrette vivement, car il eût été précieux de voir si parmi les 15 élongations pour épilepsie spinale de Chandler ayant donné 12 guérisons et 3 insuccès; si sur les 25 élongations pour contractures ou spasmes cloniques d'Omboni suivies de 11 guérisons, 13 améliorations et seulement 1 insuccès, il se trouve des faits analogues à l'observation de Kassiou.

Il me paraît fort douteux, pour ne pas dire impossible, que dans les conditions où se trouvait le blessé de M. Poulet, aucune opération pût donner une guérison complète. La nature des lésions, la marche de l'affection, la complexité des phénomènes, tout indiquait des altérations médullaires profondes. En recourant à l'élongation, notre distingué collègue se proposait uniquement de combattre la trépidation épileptoïde, de diminuer les douleurs et le supplice véritable dont elle était la cause. En élongeant les troncs il espérait agir sur l'axe médullaire lui-même, qui semble participer jusqu'à un certain point à l'action exercée sur les nerfs.

Si l'on se demande, en effet, comment agit la distension d'un nerf, on se trouve assez embarrassé pour répondre. Bien que les expériences de notre collègue M. Gillette aient démontré, sans contestation possible, que les tractions exercées sur le nerf grand sciatique, même au milieu de la cuisse, déterminaient des mouvements sensibles de l'axe médullaire, il ne paraît pas certain qu'il en soit de même pour le membre supérieur, car ici les troncs sont de moindre volume et les tractions beaucoup moins fortes. Pour les chirurgiens qui comprennent ainsi l'action de l'élongation, il ne doit pas être indifférent de la pratiquer en un point quelconque; il y a intérêt à se rapprocher aussi près que possible du tronc et par là de la moelle. Quoi qu'il en soit, M. Poulet semble regretter de n'avoir pas fait des tractions plus énergiques; dans un cas analogue, dit-il, nous serions très disposé à les porter jusqu'à 10 et 15 kilogrammes. Que notre collègue me permette de le lui dire, je crois qu'il n'est pas un seul opérateur qui, au lendemain d'une élongation, ne se soit juré de ne pas être aussi craintif à la prochaine occasion. Eh bien, je suis persuadé que la seconde fois comme la première, il ne dépasserait guère 6 à 8 kilogrammes. Quand on tient un tronc nerveux sur les crochets d'un élongateur, quand on soulève l'instrument et qu'on sent la corde s'allonger lentement, il semble que l'on déploie une force énorme. Volontiers on accuserait l'aiguille du dynamomètre de rester insensible, le nerf paraît prêt à se rompre, on le sent céder, on le voit s'arracher, et l'on s'arrête devant cette perspectivo peu rassurante. Telle est au moins la sensation que j'ai éprouvée. Ceux de nos collègues qui ont fait nombre de fois cette opération peuvent seuls nous renseigner sur

la fréquence et la persistance de cette impression. Je termine, Messieurs, en vous proposant : 1° d'adresser des remerciements à M. Poulet; et 2° de le maintenir dans un rang très favorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

Discussion.

M. Berger. Sans doute, il est bon de publier le succès des élongations nerveuses, et, à ce titre, l'observation de M. Poulet est des plus intéressantes, mais il serait non moins utile de publier les revers que donne l'emploi de cette méthode thérapeutique.

Tout dernièrement, j'ai élongé le nerf sciatique d'un hémiplégique de l'hôpital Bicêtre. La traction faite avec les doigts fut de 8 à 9 kilogrammes ; l'opération fut faite avec toute la rigueur de la méthode antiseptique, et personne autre que moi ne toucha à la plaie. Cela n'empêcha pas que le lendemain le malade avait un phlegmon gangreneux au niveau de la région opératoire, et que quelques heures après il mourût dans le coma.

A l'autopsie, nous trouvâmes une méningo-myélite suppurée, avec petits foyers de pus concret remontant le long du sciatique. Il parait certain que ces lésions existaient, tout au moins partiellement avant l'opération.

Ce fait prouve qu'il n'est pas sans danger de pratiquer l'élongation des nerfs; il semble démontrer encore que ce danger est d'autant plus grand qu'il existe, au moment de l'opération, une lésion spinale quelconque pouvant être réveillée par cette opération.

On serait autorisé à faire courir au malade les dangers dont je parle, si on pouvait espérer de bons résultats thérapeutiques, mais malheureusement, il en est le plus souvent autrement. Ces succès de l'élongation, en effet, sont rares et fort contestables.

Dans ces conditions, je suis disposé à laisser cette opération de côté.

M. Verneuil. Je pense, comme M. Berger, ces revers très intéressants. J'ai moi-même fait l'élongation dans la paralysie du radial, et je donnerai l'observation. Ce que vient de dire M. Chauvel sur l'incertitude du chirurgien qui tire sur un nerf, et ce que dit M. Berger, m'engage à vous rappeler une opération que j'ai faite depuis longtemps, la neurothripsie, la rupture du nerf sur la sonde cannelée. J'ai eu un excellent résultat, et le malade est suivi depuis six ans. Il avait des spasmes tétaniques les plus violents, lorsque j'ai eu l'idée de lui pratiquer la rupture du radial et du cubital.

M. Le Dentu. J'ai fait l'élongation sur des nerfs de la face.

Chez une malade qui avait un tic douloureux de la face, l'élongation du lingual seul a suffi pour guérir la malade. Mais le résultat n'a été que momentané. La guérison a duré trois mois. A son retour dans mon service, je trouvai que les douleurs du côté du lingual seules avaient disparu.

Je fis alors l'élongation du sous-orbitaire, avec un résultat passager. M. Perier, qui l'a vue depuis, sait qu'elle a souffert de nouveau.

Sur un autre malade pour le nerf sous-orbitaire, je n'eus aucun résultat.

Mais en outre, la même année, M. le Dr Le Pileur me présenta une malade dont j'élongeai le sous-orbitaire. La guérison est maintenue voilà au moins trois ans.

J'ajouterai à ces faits un cas de résection du nerf auriculo-temporal.

La malade souffrait tellement, que tout mouvement de la mâchoire était impossible.

Je lui fis la résection du nerf auriculo-temporal en avant du tragus. Cette résection a donné dix-huit mois de guérison. Elle est morte depuis, de lésion cardiaque, avec une récidive de névralgie, mais moins douloureuse que la première. Je crois cette opération an moins très rare, et c'est pour cela que je vous l'ai signalée.

M. Perier. La malade dont parle M. Le Dentu a été, en effet, guérie deux fois par moi; mais je ne lui ai fait aucune opération. Une fois je l'ai guérie avec la teinture de colchique pendant quelques semaines. Avec l'igni-puncture filiforme, je l'ai guérie cinq ou six mois.

M. Pozzi. Je crois la valeur de la résection supérieure à celle de l'élongation. Je fis la résection du nerf sous-orbitaire pour un tic douloureux. Après un an, les douleurs sont revenues. La malade me demanda une deuxième opération; j'ai retrouvé, en renouvelant l'opération, un nouveau nerf, et je lui ai réséqué de nouveau ce nerf. Voici plusieurs mois qu'elle est guérie.

Tout récemment, sur un médecin qui avait un ulcère rodens bénin, et ressentait des douleurs atroces à la face, je fis la même résection. Il a été absolument guéri de ses douleurs.

M. Monod. Dans un rapport que j'ai fait pour l'élongation du nerf dentaire, je n'ai trouvé qu'un seul cas de succès, celui de M. Marc Sée.

M. Marc Sée. La malade dont M. Monod vient de parler, est restée guérie dix-huit mois. Malheureusement, les douleurs sont

alors revenues. Je lui ai fait alors une opération nouvelle; je lui ai cautérisé tout le contenu du canal dentaire. Aujourd'hui elle ne souffre plus. Combien durera cette guérison? on n'en pourrait rien dire.

M. Tillaux. La malade que j'ai opérée, il y a dix ans, de résection au niveau de la pente sphéno-maxillaire, est restée guérie.

M. Terrillon. J'ai eu une malade guérie trois ans avec une opération semblable à celle de M. Tillaux. Mais elle eut une récidive dans la gencive que j'ai décollée avec le thermocautère, et je l'ai notablement soulagée par cette opération.

M. Chauvel. Mon rapport ne visait que l'élongation des gros troncs, et ce serait seulement pour ceux-là qu'il serait intéressant en ce moment d'avoir la réponse de mes collègues sur les dangers de l'opération et sur ses résultats définitifs.

Les nerfs mixtes sont aussi les plus intéressants. Il faudrait prendre à part ces cas et les bien distinguer des cas d'opérations sur les petits troncs nerveux de la face.

M. Tillaux. Trois fois j'ai fait l'élongation de gros nerfs : deux sciatiques, un radial et cubital.

Il s'agissait de tétanique dans un cas. Aucun résultat.

Dans une névralgie de la jambe, j'ai eu un bon résultat.

M. Monod. J'ai fait une élongation du sciatique sans résultat, mais sans accident.

Présentation de malades.

M. Perier présente un malade qui était atteint d'une fistule stercorale, consécutive à une hernie étranglée, et qu'il a guéri par la suture des deux bouts de l'intestin.

M. Bouilly présente un malade qui était porteur d'une volumineuse hernie inguinale double facilement réductible, mais impossible à maintenir réduite, quel que soit le bandage employé. La cause de la difficulté de cette contention venait de la largeur excessive de l'orifice inguinal.

Désespérant de guérir radicalement ce malade, M. Bouilly voulut tout au moins le mettre à même de porter un bandage. Pour cela, il ouvrit le sac et fit, au niveau du collet de ce sac, une suture en

bourse, destinée à interrompre toute communication entre l'abdomen et le reste du sac. Cela fait, il réséqua les trois quarts environ de la partie du péritoine qui était restée au dehors.

Après quelques accidents phlegmoneux du côté de la plaie, le malade guérit. Depuis ce moment, il porte un bandage.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

J. CHAMPIONNIÈRE.

Séance du 31 décembre 1884.

Présidence de M. MARC SÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. GUERMONPREZ, de Lille, envoie une observation d'urétrotomie externe (renvoyée à l'examen de la commission des correspondants nationaux) ;

3° M. GAILLARD, de Parthenay, envoie la statisque de ses opérations de cataractes au nombre de 194, depuis 1873 (renvoyée à l'examen de la commission des correspondants nationaux);

4° M. le professeur VERNEUIL offre, do la part de M. Lewis A. Stimson, professour d'anatomie pathologique à la Faculté de New-York, plusieurs ouvrages :

a. *Traité de médecine opératoire ;*

b. *Principes de chirurgie ;*

c. *Traité des fractures;*

d. *Sur la ligature de la carotide primitive ;*

5° M. le professeur VERNEUIL offre, au nom de la rédaction de la *Revue de chirurgie :* le *Petit traité sur les hernies,* de Pierre

Franco, réimpression identique au texte primitif de la 1re édition de 1556;

6° M. le professeur Verneuil offre, de la part de M. le Dr Monvenoux, sa thèse intitulée : *Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine;*

7° M. Bouilly offre, de la part de M. Leriche, plusieurs brochures et une observation de tumeur hypogastrique, constituée par des corps étrangers (noyaux de cerise), évacuation provoquée par la voie vaginale.

Vaginisme datant de six ans, disparition du spasme vulvaire, rapprochements faciles par les badigeonnages et l'injection intra-vaginale d'une solution de cocaïne à 2 0/0, par le Dr Cazin, membre correspondant.

Depuis que Koller a découvert l'action anesthésiante locale de la cocaïne, diverses applications en ont été faites en dehors même des affections oculaires.

J'ai eu la pensée et je sais qu'en Allemagne, on a, depuis ma tentative, préconisé le même moyen, de l'appliquer au traitement du vaginisme.

Une dame habitant une grande ville du département de la Somme, âgée de 24 ans, mariée depuis six ans, vint me consulter au mois de juillet dernier. Depuis le moment de son mariage, elle n'avait pu supporter l'approche de son mari; le moindre attouchement sur les parties génitales externes détermine une douleur atroce, et, quoique ma malade soit peu nerveuse, il se produisait de véritables convulsions, si l'on insistait. C'est avec grand'peine que je puis arriver à pratiquer un examen et l'introduction du doigt indicateur ne peut se faire qu'au prix d'une véritable torture. En écartant les grandes lèvres, on constate au niveau de la fourchette, un peu à droite, une légère érosion, avec un peu de desquammation sur ses bords, qui est certainement le point de départ de tous ces phénomènes. Il existe un peu de leucorrhée, mais aucune douleur abdominale. Les règles sont normales et revenant aux intervalles ordinaires.

Je donne le conseil de faire la dilatation forcée sous le chloroforme. La malade, un peu effrayée, remet l'opération à une époque ultérieure.

Le 6 novembre, me souvenant de ce cas intéressant, j'écrivais à ma cliente que peut-être un moyen plus simple permettrait l'accomplissement des devoirs conjugaux, et en même temps je lui recommandais de faire, avec une solution à 2 0/0 de chlorhydrate de cocaïne, un badigeonnage de toutes les parties génitales ex-

ternes ; de plus, à l'aide d'une sonde d'homme en gomme élastique, une certaine quantité du même liquide devait être injectée dans le vagin.

Elle eut assez de peine à se procurer le médicament et en fit l'essai le 12, quatre jours après la cessation de ses époques. Cinq minutes environ après l'application du remède, une tentative de rapprochement eut lieu et *absolument sans douleur*.

Depuis, on y est revenu, mais il a toujours fallu recourir au même procédé préliminaire.

Le résultat du traitement est donc tout à fait temporaire, mais le point intéressant, c'est que les époques jusque-là régulières n'ont pas reparu en décembre et que certains symptômes indiquent le commencement d'une grossesse.

Or, on sait que, assez généralement, après un premier accouchement le spasme et l'hyperesthésie vulvaires disparaissent.

Je pense que, n'eût-on gagné que cela jusqu'à présent, le succès n'en est pas moins encourageant et justifie ce mode de traitement qui a au moins l'avantage d'être absolument inoffensif.

A propos du procès-verbal.

De la taille hypogastrique chez les enfants.

M. Ch. Monod. M. Tillaux, dans notre dernière séance, signalait les difficultés particulières que présentait la taille hypogastrique chez les enfants, et engageait les chirurgiens à préférer chez les jeunes gens la taille périnéale à la taille sus-pubienne.

Cette assertion, qui ne cadrait pas avec les souvenirs de mes lectures, m'a étonné.

Le fait m'a paru assez intéressant pour être examiné de plus près.

J'ai, à cet effet, recherché parmi les observations de taille hypogastrique récemment publiées, toutes celles pratiquées dans l'enfance.

Elles sont nombreuses, ce n'est pas sans étonnement que je suis arrivé à réunir 45 cas de ce genre, observés depuis dix ans. 3 autres observations plus anciennes datent de 1850 et 1859, ce qui porte le total à 48.

Bell. . . . . . 4 cas (26 mois, 3 ans, 3 ans 1/2, 4 ans 1/2).
Petersen. . . . 1 cas (12 ans).
Hofmolk . . . . 1 cas (11 ans 1/2).
J. Huzel. . . . 1 cas (12 ans).

Rossander . . . 1 cas (2 ans 1/2).
Dorfwirth.. . . 3 cas (3 ans, 4 ans, 6 ans).
Nicoladoni. . . 1 cas (6 ans 1/2).
Lister . . . . . 1 cas (14 ans).
Pitha.. . . . . 2 cas (? ?).
De Semo. . . . 1 cas (8 ans).
Bruns . . . . . 2 cas (2 ans 1/2, 11 ans).
G. Sampson.. . 1 cas (8 ans).
Langenbeck. . . 1 cas (1 an 3/4).
Albert. . . . . 1 cas (14 ans).
Krabbel . . . . 1 cas (3 ans 1/2).
Bois. . . . . . 1 cas (15 ans).
Giron.. . . . . 1 cas (8 ans).
Von Goudœver. 14 cas (2 à 17 ans).
Makawejew [1]. . 10 cas (*cinq* de 13 à 17 ans, *cinq* de 2 à 6 ans).

J'ai lu le récit de la plupart de ces opérations, de toutes celles dont j'ai pu me procurer le texte original.

Or, dans aucune il n'est question de difficulté opératoire spéciale.

On se plaint parfois de l'épaisse couche de graisse qu'il faut traverser pour arriver sur la vessie, ou bien encore de la petitesse et de l'étroitesse de la plaie, qui ont conduit certains opérateurs à faire une petite section transversale des muscles grands droits. A ces deux points se bornent les obstacles, facilement surmontables, qui ont été rencontrés.

Quelques chirurgiens, tels que Dorfwirth, Bell, Bruns, ont eu deux, trois et quatre fois recours à ce procédé de taille, qu'ils eussent sans doute abandonné, s'il leur avait paru d'une exécution particulièrement difficile.

Von Goudœver (d'Utrecht) a été plus loin encore, puisqu'il ne rapporte pas moins de 14 observations personnelles de tailles hypogastriques pratiquées chez des enfants de 2 à 17 ans. Il a fait à ce sujet au congrès d'Amsterdam, de 1879, une intéressante communication, dont plusieurs d'entre nous ont gardé le souvenir, dans laquelle il considère la cystotomie sus-pubienne comme constituant le procédé de choix chez les enfants.

Cette opinion paraît être partagée par tous ceux qui ont eu occasion de mettre ce moyen en œuvre chez de jeunes sujets.

Les résultats de l'opération ont, du reste, toujours été excellents. Tous les petits malades ont guéri dans un laps de temps

[1] Je n'ai pu me procurer le travail de ce dernier auteur. Il se pourrait que quelques-uns des faits recueillis par lui fissent double emploi avec ceux de Von Goudœver.

variable. Je ne trouve qu'une seule fois signalé un incident opératoire notable, la blessure du péritoine. C'était chez un enfant de 3 ans, opéré par Bell; le chirurgien attribue l'accident, qui n'eut aucune suite fâcheuse, à un mouvement intempestif du petit malade [1].

Cet accident doit, du reste, se présenter plus rarement chez l'enfant que chez l'adulte. Comme on l'a très bien fait remarquer, la vessie de l'enfant est un organe abdominal, elle dépasse toujours la symphise pubienne. Le cul-de-sac du péritoine ne descend, par conséquent, pas chez lui aussi bas que chez l'adulte ; il en résulte que, même en l'absence de toute distension exagérée, la paroi vésicale sera toujours accessible au bistouri aussitôt que la paroi abdominale aura été incisée. Aussi, lisons-nous que plusieurs opérateurs ont pu se dispenser de distendre au préalable la vessie par une injection forcée. J'ai cherché si la distance qui sépare le cul-de-sac de la symphise avait été exactement mesurée par quelque observateur. Bouley, dans son excellent travail, paraît être le seul qui se soit préoccupé de cette question [2]. Il cite l'opinion de Valette qui soutient que le péritoine s'arrête toujours à 3 centimètres au moins du rebord supérieur du pubis ; celle de Pitha qui affirme que chez les enfants au-dessous de 8 ans, le cul-de-sac péritonéal ne descend pas au-dessous de l'ombilic à plus de 1 1/2 à 2 travers de doigt. Ses recherches personnelles sur ce point sont malheureusement insuffisantes. Il serait intéressant de savoir jusqu'à quel âge persistent ces conditions anatomiques favorables à l'opération ; vers quel âge la vessie, d'*abdominale* qu'elle était, devient décidément *pelvienne*. Il y a là certainement une progression descendante, proportionnelle à l'âge du sujet, sur laquelle il importerait d'être fixé. Nous appelons, sur ce point, l'attention des observateurs.

Notre intention n'est pas de refaire ici, à propos de la taille chez les enfants, une parallèle entre les tailles hypogastrique et périnéale. Nous ajouterons seulement que, toutes choses égales d'ailleurs, la cystotomie sus-pubienne aurait sur sa rivale cet avantage qu'elle n'expose pas à la blessure des canaux éjaculateurs.

Je ne veux pas dire que cet accident ait été souvent observé à la suite des sections périnéales, mais il suffit qu'il soit possible pour que l'on soit autorisé à le redouter et à donner la préférence à un procédé qui en mette sûrement à l'abri.

[1] Il semble que le même accident soit survenu à Lister dans une observation dont je n'ai pu retrouver le texte.

[2] Bouley, De la taille hypogastrique. *Thèses*, Paris, 1883, in-4°, n° 433, p. 99.

Je borne là ces courtes remarques. J'ai tenu surtout à mettre en relief les deux faits suivants.

Premièrement, le nombre relativement grand des tailles hypogastriques chez les enfants dans ces dernières années; deuxièmement, la facilité relative et l'innocuité de ces opérations.

M. Tillaux. Je n'ai pas dit que la taille hypogastrique fut si difficile, qu'on ne dût pas la pratiquer. J'ai dit que la taille périnéale chez l'enfant était plus facile que chez l'adulte, et par conséquent il était possible que la taille hypogastrique ne fût pas aussi avantageuse chez lui. Par exemple, le ballon de Petersen n'agit pas comme chez l'adulte et se place aussi au-dessus de la vessie.

M. Monod. Il est bon de rappeler ces conditions spéciales de la taille hypogastrique chez l'enfant. Beaucoup d'auteurs ont considéré que même sans le ballon de Petersen, elle était plus facile. Elle mériterait certainement une étude spéciale.

Nomination des membres du bureau pour 1885.

Président : M. Duplay, à l'unanimité des voix.
Vice-président : M. Horteloup, par 27 voix sur 28.
Secrétaire général : M. Chauvel, par 27 votants sur 28.
Premier secrétaire annuel : M. Gillette, par 18 votants sur 26.
Deuxième secrétaire annuel : M. De Lens, avec 16 voix
Trésorier : M. Berger.
Archiviste : M. Terrier.

Rapport.

Deux observations du bec-de-lièvre double. — Opération par le procédé de Franco. — Guérison, par M. le Dr Turgis.

Rapport par M. Théophile Anger.

Le Dr Turgis, de Falaise, adresse à la Société de chirurgie, deux observations de bec-de-lièvre double et compliqué de saillie de l'os incisif. Malgré le désir des parents, notre confrère se refusa à opérer les enfants aussitôt après leur naissance. Il estime, avec juste raison, qu'une opération qui doit être forcément accompagnée d'une perte de sang notable, est par là même presque toujours mortelle.

Les enfants sans doute guérissent, mais ils meurent guéris, incapables de réparer la perte du sang qu'ils ont subie. J'ai perdu pour ma part, un enfant, pour n'avoir pas tenu compte de ce précepte.

C'était en 1873 : je remplaçais alors Giraldès dans son service de l'hôpital des Enfants. On me présenta à la consultation un enfant âgé de trois semaines, atteint de bec-de-lièvre simple. Je l'opérai : l'opération réussit à souhait. Huit jours après, la lèvre était réparée. Mais l'enfant avait maigri : je le trouvai pâle et exsangue. Malgré les soins dévoués de sa mère, il succombait quinze jours après l'opération.

M. Turgis a donc bien fait d'attendre neuf mois pour opérer les deux enfants, et, de plus, il a adopté le procédé de Franco qu'il a exécuté de la façon suivante :

Les enfants étant âgés de neuf mois, notre confrère fait la résection de l'os incisif; puis il avive avec un ciseau courbe l'un des bords du tubercule labial et le bord correspondant de la lèvre. Les deux surfaces courbes opposées en sens contraire, qui résultent de cet avivement, sont affrontées et augmentent la hauteur de la lèvre.

Telle est la première partie de l'opération : elle se borne à la résection de l'os incisif et à la suture de l'une des scissures.

Cinq ou six mois après, lorsque l'enfant est bien remis, M. Turgis avive l'autre côté de la scissure et la réunit de la même façon.

Le résultat de ces opérations est aussi satisfaisant qu'on peut le désirer, comme en témoignent les photographies de ces petits enfants.

Plaie de la verge. — Hémorragie considérable. — Réunion. — Guérison, par M. Turgis.

Rapport par M. Théophile Auger.

La seconde observation de M. Turgis est relative à un traumatisme heureusement assez rare, mais dont il existe cependant un exemple mémorable dans nos *Bulletins.*

En 1874, X..., employé supérieur d'une grande administration, avait pour femme une hystérique présentant les signes non équivoques d'une folie dont la jalousie et le délire de persécution étaient les côtés saillants. Elle était venue plusieurs fois au cabinet de notre confrère, apportant du pain, du vin, des aliments pour les faire analyser et rechercher le poison qu'elle soupçonnait son mari d'y avoir caché. Dans une dernière consultation, M. Turgis

crut saisir quelques paroles qui lui parurent menaçantes pour la sécurité du mari. Il avertit ce dernier, lui conseillant de renvoyer sa femme dans sa famille ou dans une maison de santé. Le mari n'en fit rien. Mais un matin, dormant sur le dos, il fut réveillé par une vive douleur et se trouva en un instant couvert de sang. Sa femme, près de lui, tenait un rasoir à la main; elle lui en avait porté un coup, qui avait fait une entaille à la peau de la cuisse droite, tranché incomplètement la verge et sectionné la peau de la cuisse gauche.

Appelé immédiatement, notre confrère trouva le blessé dans l'état le plus grave; l'hémorragie l'avait presque tué. La verge, en partie séparée de sa racine, pendait au-devant des bourses.

M. Turgis commença par passer une sonde dans l'urètre, qui, heureusement, était intact. Les deux corps caverneux étaient sectionnés; seuls, le corps spongieux de l'urètre et le canal avaient échappé au rasoir.

Avant tout, il fallait arrêter l'hémorragie. M. Turgis fit ce que tous les médecins appelés en pareille circonstance ont fait : il sutura la plaie à l'aide de huit longues épingles, dont quatre pénétraient profondément dans les corps caverneux, dont quatre étaient superficielles. La suture faite, il plaça la verge sur un coussin et l'entoura d'un cataplasme froid, arrosé d'eau-de-vie camphrée.

Malgré la suture, l'hémorragie continua à l'intérieur, et, dans la journée, l'organe prit un volume considérable.

Le lendemain, même état. Une vaste ecchymose s'étendait de la verge jusque dans la région hypogastrique. L'énorme distension de la peau par le sang fit un instant craindre le sphacèle du scrotum et de la verge. Le surlendemain, par crainte de cette éventualité, deux des épingles superficielles furent enlevées.

Il s'écoula dans la journée une quantité notable de sang diffluent et de petits caillots, ce qui amena une diminution très sensible dans le volume de la verge.

Au bout du troisième jour, deux autres épingles furent enlevées, la verge diminuant toujours. Enfin, le cinquième jour, toutes les épingles étant retirées, la plaie fut lavée avec l'eau alcoolisée et débarrassée des caillots sanguins. La cicatrisation de la plaie dura cinq semaines.

Un tissu cicatriciel, au milieu d'un organe vasculaire et érectile comme le corps caverneux, pouvait faire craindre que les érections ne fussent plus possibles. Il n'en a rien été. Le malade a été revu un grand nombre de fois depuis sa guérison. La verge présente une cicatrice linéaire occupant plus de la moitié de sa circonférence; mais elle fonctionne très bien, comme autrefois.

Lorsque le chirurgien est appelé auprès d'un individu atteint de

plaie de la verge, que cette plaie saigne et que le blessé est menacé d'une syncope, son premier soin est évidemment d'arrêter l'hémorragie. Or, dans ces conditions, presque tous les médecins appelés ont cherché à réunir la plaie, non pas dans l'espoir d'obtenir une réunion par première intention, mais pour arrêter l'hémorragie par compression. On voit, d'après l'observation de M. Turgis, que, malgré la réunion de la plaie, l'hémorragie continua, le sang se frayant une voie dans le tissu cellulaire lâche du fourreau de la verge. Les tissus furent tellement distendus par le sang épanché que notre confrère, craignant la gangrène, jugea utile de lui donner issue en enlevant deux points de suture.

Je ne saurais approuver l'emploi de cataplasmes froids, dont la verge fut recouverte après la suture. Il me semble que les cataplasmes chauds, très chauds même, seraient plus indiqués. La chaleur portée à 60° est tout aussi hémostatique que le froid, et c'est avec juste raison qu'elle a été conseillée par Kekteley dans des cas semblables.

Je vous propose :

1° De déposer les observations de M. Turgis dans nos archives;

2° D'écrire une lettre de remerciements à l'auteur;

3° D'inscrire son nom dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Discussion.

M. Monod. M. Anger tranche la question de l'âge de l'opération du bec-de-lièvre. Broca distinguait le bec-de-lièvre simple du compliqué, pour opérer le simple le plus tôt possible, et cela pour permettre de teter. Mais il faut que les enfants ne perdent pas de sang. Le thermocautère permet de faire l'avivement.

Pour le bec-de-lièvre compliqué, au contraire, on peut retarder et opérer plus tard, lorsque l'enfant est bien viable. L'opération, devant donner un résultat esthétique et rien pour les fonctions de nutrition, est moins urgente.

M. Marchand. Je crois que le retard de plusieurs mois est toujours plus favorable, même pour le bec-de-lièvre simple. J'ai perdu un enfant nouveau-né bien guéri de l'opération et mourant au bout de trois semaines certainement du fait de l'opération.

Tout récemment, j'ai fait attendre un enfant pendant trois mois et je n'ai eu qu'à m'en louer.

C'est, directement ou indirectement, de l'ébranlement de l'opération qu'ils peuvent succomber.

M. Berger. Ce sujet a été discuté plusieurs fois, et, à l'Académie comme à la Société de chirurgie, les chiffres ont été défavorables à l'opération prématurée. Dans les cas les plus simples, il n'y a pas une objection absolue. J'ai été obligé moi-même d'opérer par les parents et j'ai réussi.

Quant au thermocautère, je ne l'emploierai jamais de nouveau, je l'ai fait une fois et c'est la seule fois que j'aie échoué.

Pour les becs-de-lièvre compliqués, je crois qu'il faut aller le plus souvent possible assez loin et qu'il faut, par conséquent, attendre un âge beaucoup plus avancé de l'enfant.

M. Le Dentu. Je suis opposé à l'opération hâtive; on peut y arriver sans doute. Mais, chez les très jeunes il faut proscrire absolument toutes les opérations compliquées.

Je crois, du reste, que le thermocautère doit être rejeté, mais point le galvanocautère qui n'amène pas du tout la même réaction; et cet instrument donnera les meilleurs résultats par la netteté des débridements.

Dans les cas de bec-de-lièvre compliqué, il ne faut pas opérer, même chez les jeunes enfants. Pour mon compte, je suis disposé à fixer à dix-huit mois et même deux ans. J'ai vu, il y a quelques mois, un enfant de sept ans, que j'ai opéré à l'âge de six mois, sur le conseil de M. Gosselin. L'enfant eut des accidents multiples et très effrayants. Chez cet enfant, le rapprochement des os n'est pas très sensible malgré l'opération prématurée; j'ai, d'autre part, opéré deux enfants, après 2 ans, et j'ai eu de très bons résultats.

En revanche, j'opérai un bec-de-lièvre double, mais point compliqué chez une petite fille qui succomba à une bronchite.

Tout cela m'a bien poussé au retard de l'opération.

M. Trélat. Il me semble que l'accord est facile à établir. Que dit-on qu'il n'y a pas d'inconvénients à opérer un bec-de-lièvre simple dès le début de la vie?

Mais, si cette parfaite simplicité n'est pas, s'il faut une grosse opération, il faudra reculer.

Sur des points accessoires, je ne puis partager l'avis de M. Berger sur l'immuabilité de l'opération. Nous faisons mieux qu'autrefois. L'hémostase est différente, la tenue des aides est tout autre, les pinces réduisent l'hémorragie.

Je me sers du thermocautère et je ne vois pas de ces accidents. En fait de cautères métalliques ils sont en principe tous semblables, il n'y a que leur température et leur surface qui soit à considérer

On ne peut, avec le procédé du thermocautère, obtenir la température du galvanocautère. Ici, il faut un thermocautère à peine chaud, par conséquent il n'y a pas à craindre les complications. Si on n'appuie pas trop, on n'a pas de réaction.

Je ne partage pas l'idée de M. Le Dentu sur l'inaction de l'opération sur le rapprochement des parties dures. Je crois que la démonstration est difficile à donner mais il me paraît évident que la réunion des parties molles a une action réelle rapprochant les parties osseuses.

M. Championnière. Je suis d'un avis tout différent de celui exprimé par MM. Monod et Trélat. J'ai vu pendant mes études des résultats absolument opposés à ceux qui frappèrent M. Monod, et chez Broca même qu'il cite. Ce sont justement ces désastres observés dans les cas les plus simples, et chez des maîtres éminents qui m'ont amené à conclure que pour les becs-de-lièvre les plus simples il fallait proscrire l'opération au début de la vie. La moindre perte de sang, le choc, sont terribles pour le nouveau-né. Retarder l'opération de quelques mois sera toujours sage.

Pour le bec-de-lièvre compliqué, la question est plus intéressante encore. Non seulement il faut reporter l'opération au delà de la deuxième année, mais si le chirurgien peut faire prévaloir sa volonté, il y aura avantage à aller beaucoup plus loin, si possible, jusqu'après l'évolution de la seconde dentition. C'est un fait d'observation que les cas rares de gueule-de-loup, que l'on opère sur le tard, sont favorables à une belle opération. Il y a de l'étoffe, les débridements peuvent être larges, le sacrifice du tissu osseux à faire est plus facile à déterminer, la suture se fait avec perfection. Puis, la tendance à la guérison spontanée a pu se faire, les os se sont rapprochés, le nez est souvent moins épaté.

Je suis, en ce moment, un enfant qui en est une preuve frappante et qui, depuis quelques années s'est tant amélioré qu'il sera un sujet favorable.

Malheureusement, on peut être obligé de céder à la volonté des parents. J'ai opéré deux gueules-de-loup à onze mois et à 2 ans, j'ai eu de bons résultats; pour le premier, j'ai complété l'opération à l'âge de deux ans. Mais, c'est la volonté des parents qui fait hâter l'opération qui par elle-même n'est pas urgente et se présente dans des conditions beaucoup plus favorables et avec plus de sécurité si on a laissé grandir l'enfant.

M. Monod. J'ai peu de choses à ajouter à ce qu'a dit M. Trélat, je crois encore que lorsque l'on n'agit que sur les parties molles,

on peut opérer de très bonne heure. Je n'ai jamais observé les accidents signalés par M. Berger avec le thermocautère.

M. Le Dentu. J'admets l'emploi du thermo- ou du galvanocautère; je crois qu'on pourrait, avec des précautions, appliquer l'un ou l'autre.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

J. Championnière.

ERRATUM.

Le procès-verbal de la séance suivante n'occupe point sa place régulière.

Séance du 13 août 1884.

Présidence de M. Marc Sée.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

A propos du procès-verbal.

M. Polaillon. Je viens donner des nouvelles de la malade dont j'ai présenté un polype enlevé avec le serre-nœud de M. Perier.

Aujourd'hui, il y a plus de 3 semaines qu'elle a été opérée. Le serre-nœud s'était cassé au 20e jour. La malade a eu quelques accidents septicémiques, mais elle guérira, je l'espère.

Communication.

Gangrène sèche du pied, amputation de la cuisse; guérison rapide, par M. Desprès.

Je viens communiquer à la Société une fait rare de gangrène, dite sénile, du pied, observé sur un sujet de 27 ans, syphilitique depuis un an, pour laquelle j'ai pratiqué il y a 28 jours l'amputa-

tion de la cuisse avec succès, et je vais vous présenter le malade, qui d'ailleurs se lève et marche avec des béquilles depuis 6 jours.

Voici l'observation résumée : Le nommé V... (Alfred), 27 ans, garçon de café, était entré à l'hôpital de la Charité le 29 mai 1884, dans le service de M. Desnos, avec des douleurs dans le membre inférieur droit qui avaient été prises pour des douleurs de névralgie sciatique, et un refroidissement des pieds et des doigts.

Examiné à nouveau par M. Desnos et par moi, nous conclûmes à une gangrène imminente du pied, probablement liée à une artérite. Le malade était d'ailleurs syphilitique; il avait un chancre de la couronne du gland en voie de réparation et des plaques muqueuses de la gorge et de l'anus en voie de cicatrisation. Je fis d'abord cesser le mercure et tins le malade en observation. Le 10 juin, le refroidissement de la jambe droite fut suivi de l'apparition de gangrène du gros orteil avec douleurs qui enlevaient tout sommeil. La gangrène gagna l'avant-pied malgré l'application de bandes de vésicatoire sur le trajet des artères de la jambe et de l'artère crurale. A ce moment, le malade fut admis dans ma salle et j'attendis, peu porté par expérience aux amputations pour les gangrènes spontanées des membres. J'étudiai le malade. Quoiqu'il fût syphilitique, il mangeait encore un peu. Il avait 38° le soir et 37 le matin, mais il n'y avait ni sucre ni albumine dans son urine; il ne toussait pas et il n'avait jamais fait qu'une grave maladie : un rhumatisme articulaire, il y a 5 ans. Alors je me décidai à une amputation. Mais quelle amputation? C'est ici que j'appelle l'attention de mes collègues. Pour une gangrène du pied ne dépassant pas l'articulation médio-tarsienne, je pratiquai l'amputation de la cuisse au 1/3 inférieur. C'est de la sorte, Messieurs, que j'espérai me mettre à l'abri des accidents inévitables, et si connus, à la suite des amputations pour le cas de gangrène. Lorsqu'on n'ampute pas très loin de la gangrène on tombe, comme l'a très bien fait remarquer A. Bérard, sur de la gangrène profonde qui compromet le succès de l'amputation.

L'amputation, indiquée par les douleurs intolérables qu'éprouvait le malade et le désir vif qu'il témoignait d'être débarrassé de son membre, a été pratiquée par la méthode elliptique, le malade étant chloroformé, le 16 juillet.

Les suites ont été très simples, quoique le malade ait conservé pendant plus de 15 jours des douleurs très vives dans la jambe. Il eut seulement 39° le soir, le 2ᵉ jour de l'opération, puis oscilla ensuite tout le reste du temps entre 38° le soir et 37 le matin. Un seul jour, le 26 juillet, il eut un frisson de 1/2 heure et 40°. Mais le lendemain tout se calma; il prit 1 gramme de sulfate de quinine tous les jours et revint à la température normale. Il y avait eu du

pus retenu sous les lambeaux. La dernière ligature tomba le 19e jour.

Le membre, examiné, ne présentait rien de spécial : pas d'embolie ni d'oblitérations artérielles anciennes et seulement une coagulation de sang récente dans les artères. Il n'y avait aucune incrustation calcaire des vaisseaux, et je ne puis donner au mal d'autre étiquette que celle-ci : *gangrène spontanée* chez un *syphilitique*, probablement par artérite d'origine rhumatismale.

Vous voyez ce malade : sa plaie est presque entièrement cicatrisée ; il ne reste que quelques bourgeons charnus sur les points par où passaient les fils à ligature. J'ai pratiqué, du reste, cette amputation, dont le résultat est bon, par le procédé de J.-L. Petit et Alanson : j'ai coupé les tissus d'un seul coup jusqu'aux os afin d'avoir des lambeaux très fournis. Quant au pansement employé, vous le voyez, c'est le vieux pansement simple : le linge troué enduit de cérat.

Messieurs, ce fait est intéressant d'abord parce qu'il s'agit d'une gangrène dite sénile chez un sujet jeune n'ayant eu aucune des maladies qui causent d'ordinaire la gangrène, ensuite parce que ce malade était en pleine période d'éruption de la syphilis, et malgré cela l'opéraption a si bien réussi que c'est jusqu'ici le seul malade que j'ai définitivement guéri de la gangrène des extrémités par l'amputation. J'ai amputé, en effet, 5 fois. 3 fois les malades sont morts de gangrène et de septicémie ; le 4e, qui était un cardiaque, est mort, 40 jours après l'amputation, subitement de thrombose artérielle généralisée, quoique sa plaie fût cicatrisée. C'est au point que, comme un certain nombre de chirurgiens, je repousse les amputations chez les sujets atteints de gangrène à la suite de fièvres, pneumonies ou de diathèses graves. Je donne à la Société ce fait nouveau et rare, afin de permettre d'établir plus tard, d'une façon définitive, les cas où l'amputation peut guérir la gangrène des extrémités, à la condition, toutefois, que l'amputation soit pratiquée très loin de la gangrène.

M. Berger. Il y a des gangrènes de jeunes gens dont la pathogénie est fort mal connue. J'ai vu, l'année dernière, un malade que j'ai déjà signalé qui eut une véritable gangrène sèche sans que j'en ai trouvé une explication. Du reste, du côté opposé on observa plusieurs fois des menaces de gangrène.

Au point de vue de l'intervention, il y a distinction à faire entre les gangrènes des jeunes sujets et des gens âgés. Je crois que comme ici, il y a avantage à débarrasser le malade de sa gangrène. Chez mon malade pourtant j'ai laissé l'élimination se faire elle-même. A la suite de la régularisation le moignon s'est déformé par ostéo-

phytes. Mais, dans toutes les amputations proprement dites, j'ai toujours vu se faire la gangrène du moignon.

Chez un malade que j'ai opéré de la cuisse, pour un pied malade, j'ai vu la gangrène du moignon emporter mon malade en deux jours.

Aussi, même sur les jeunes sujets, je crois qu'il faut beaucoup se défier de l'intervention.

M. Championnière. M. Desprès nous présente un malade qu'il pense guéri, je l'espère pour lui mais n'oserais l'affirmer; la gangrène du moignon peut se développer très tardivement chez ces sortes de malades.

J'ai vu, l'année dernière, un amputé de jambe pour gangrène sénile, chez lequel le moignon parut tout d'abord se réparer régulièrement. La gangrène survint alors que les parties profondes étaient complètement réunies et lorsque tous accidents paraissaient conjurés.

Chez les individus jeunes, les causes de gangrène paraissent fort mal déterminées encore. Mon collègue, M. Hanot, m'a montré tout récemment, à l'hôpital Tenon, une jeune femme albuminurique chez laquelle une gangrène du membre inférieur s'était développée avec une violence que je n'avais jamais observée. En quelques jours la jambe était tombée en deliquescence et la séparation de la masse ramolie se faisait à l'articulation du genou. Je ne sache pas que cette forme de gangrène ait été ainsi observée.

M. Reclus. Même chez les vieillards, la pathogénie est bien difficile à connaitre. J'ai vu, l'année dernière, une gangrène de la verge, à Bicêtre et à l'autopsie nous avons trouvé des artères perméables.

Récemment, à Sainte-Foy, j'ai vu un vieillard de 70 ans qui avait l'air fort jeune, atteint de gangrène du membre inférieur gauche dont nous ne pouvions trouver la cause.

M. Desprès. Sur les vieillards, je crois que la gangrène est bien expliquée; rien n'est mieux que le mémoire de François sur ce sujet. En somme, on trouve toujours la cause. Mais chez les jeunes gens il n'en est pas de même.

Si j'ai opéré, c'est que j'estimais l'élimination spontanée bien longue; du reste il avait des douleurs atroces.

Quant à l'état de mon malade il me paraît en sécurité.

M. Lannelongue. J'ai été longtemps à Bicêtre; on trouve là, toujours, la raison d'être de la gangrène. Même si on ne trouve pas

l'oblitération artérielle on trouve assez d'altérations de la paroi pour expliquer la gangrène.

Chez les enfants, la gangrène spontanée n'est pas rare; elle a une marche rapide. J'ai eu occasion d'examiner les membres et j'ai toujours trouvé de l'artérite; j'ai vu l'autopsie d'un enfant de trois ans très probante à cet égard.

Même sans autopsie, on trouve des affaiblissements, des battements assez typiques.

Présentation de malade.

Rhinoplastie.

M. Polaillon présente à la société le malade dont il a déjà parlé dans la séance du 22 mai, et auquel il a pratiqué la *restauration complète de l'aile du nez.*

On peut constater que le résultat opératoire s'est maintenu et que la conformation du nez ne laisse rien à désirer.

M. Polaillon donne les détails suivants sur le procédé de rhinoplastie qui lui a donné un bon résultat et qui peut être mis en usage dans des cas analogues.

Il conseille de faire deux opérations en deux séances séparées par plusieurs semaines l'une de l'autre, dans le cas où la première opération n'aurait pas donné une restauration satisfaisante.

Soit une perte complète de l'aile du nez (*fig.* 1), la *première*

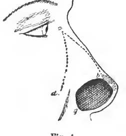


Fig. 1.

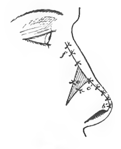


Fig. 2.

opération consiste à aviver la surface *a* sur le côté correspondant du lobule du nez, à prendre sur la face latérale de cet organe un large bandeau triangulaire *b c d*, dont le sommet remonte jusqu'au niveau du grand angle de l'œil, et à disséquer ce lambeau jusqu'à son pédicule *d g*. On fait ensuite glisser ce lambeau de haut en bas

de manière à suturer le point *b* en *b'* (*fig.* 2) et le point *c* en *c'*. Entre ces deux points *b'* et *c'* on applique autant de points de suture qu'il est nécessaire ponr bien fixer le lambeau au lobule et à la face dorsale du nez. Il reste alors à la partie supérieure de cet organe une assez large surface cruentée, dont on diminue l'étendue par deux ou trois points de suture *f*. On abandonne ce qui reste *e* à la cicatrisation par granulation.

Ce procédé, qui est classique, ne donne pas toujours un bon résultat. L'aile du nez est tout d'abord très convenablement restaurée mais ordinairement la rétraction cicatricielle produit plus tard une atrésie de la narine, qui nuit au fonctionnement et à la régularité, de la forme. Cet inconvénient était très prononcé chez le malade que j'ai présenté. Pour y remédier, j'ai imaginé de faire l'opération complémentaire suivante :

Deuxième opération contre l'atrésie consécutive de la narine (*fig.* 3). Elle consiste à reculer en arrière l'aile de la narine trop étroite, en la fixant sur la joue au niveau du pli naso-génien.

Pour cela je détache le bord postérieur de l'aile du nez par une incision *m n o*, partant de l'orifice de la narine. A partir du point *o* je trace une incision *o p*, circonscrivant un petit lambeau triangulaire *n o p*, que je dissèque jusqu'à sa base *n p* (*fig.* 3).

Ce petit lambeau triangulaire est incliné en avant, de manière à lui donner une direction horizontale *p' o'* (*fig.* 4) et à le suturer sur



Fig. 3. Fig. 4.

Opération pour l'atrésie de la narine.

la paroi interne de la narine, dans le point même où l'incision de l'aile du nez a produit une surface saignante. Son revêtement épidermique bordera la partie la plus reculée de l'orifice nasal, et par suite s'opposera efficacement au rétrécissement cicatriciel consécutif.

La mobilisation du lambeau *n o p* produit une surface d'avivement sur laquelle je suture l'aile du nez *m n o* préalablement détachée.

En définitive, l'aile du nez est fixée en $p' o''$ (*fig.* 4). Non seulement elle est attirée en arrière par son adhérence au pli naso-génien, mais encore elle est bordée en partie par une surface épidermique $p' o'$. Grâce à ce procédé l'orifice de la narine conserve les dimensions que l'opérateur lui a données.

M. Després. J'ai fait cette année une restauration complète d'une aile du nez, que j'ai faite aussi en deux temps. Il s'agissait d'un homme qui avait eu un fragment de l'aile du nez arraché par son chien.

C'était à la narine droite. Toute l'aile du nez avait été arrachée jusqu'à la pointe du nez. Je pris un lambeau sur la partie du nez située au dessus de l'aile droite et j'eus un bon résultat immédiat, mais qui s'altéra. Sur mon aile du nez nouvelle s'était fait une encoche et la pointe du nez était tordue. J'ai eu l'idée de déplacer la sous-cloison pour redresser cette pointe. Cela a permis aux tissus qui s'étaient retractés de reprendre leur souplesse. Il a la narine droite plus petite mais le nez est redressé et l'apparence n'est pas disgracieuse.

M. Polaillon. Chez mon malade je n'avais pas à déplacer la cloison, je n'avais à obvier qu'à un rétrécissement excessif, c'est là ce qui m'a amené à employer un procédé nouveau.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

J. Championnière.

ANNEXE DE LA SÉANCE DU 25 JUIN 1884.

Les figures ci-jointes devaient paraître dans le travail de M. Pozzi publié page 559 et suivantes sous ce titre : *Note sur deux cas d'adénomes du rectum, l'un sessile, l'autre pédiculé, chez les adultes.*

Par suite d'une erreur, une seule a été intercalée dans ce mémoire, avec une fausse légende. Nous la reproduisons avec les deux autres.

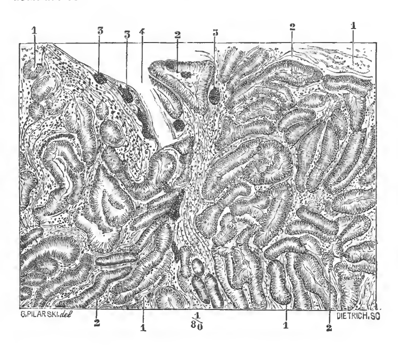


Fig. 1. Adénome sessile du rectum (obs. I). Vue d'ensemble (80 diamètres. Obj. 1, oc. 1, Nachet).

1,1. Tissu conjonctif séparant les culs-de-sac glandulaires.

2,2. Culs-de-sac glandulaires coupes sous diverses incidences.

3,3. Orifices vasculaires.

4. Anfractuosité à la surface de la tumeur.

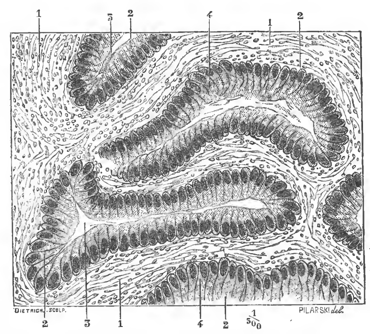


Fig. 2. *Adénome du rectum*. — Un point de la figure 1 fortement amplifié (300 diamètres. Obj. 5, oc. 1, Nachet).

1,1. Tissu conjonctif lâche, infiltré de cellules embryonnaires, séparant les acini.

2,2. Acini hypertrophiés et montrant un épithélium tuméfié et en voie de transformation muqueuse.

3,3. Cavités glandulaires.

4,4. Épithélium dont le protoplasma est devenu granuleux.



Fig. 3. *Polype du rectum* (obs. II), grandeur naturelle.

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS.

E

F

G

H

J

K

L

M

Le gérant : G. Masson.

Paris. — Soc. d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 49.2.85.